POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Fr. GOEBEL, st. asystent Zakładu. Warszawa.

W sprawie toksyczności witasteryny D.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej U. W.
Kierownik: Prof. F. Venulet.

Wkrótce po wyodrębnieniu czynnika przeciwkrzywiczego w postaci ergosteryny, przekonano się, że działa ona już w stosunkowo bardzo małych dawkach.

Tak naprzykład 1/1000 mg ergosteryny dziennie zapobiega powstawaniu krzywicy doświadczalnej u szczurów.

W związku z tem nasunęło się pytanie, czy większe dawki ergosteryny nie pociągną za sobą szkodliwych następstw dla ustroju.

Collazo J. A., Rubino P. i B. Varela, podawali szczurom, będącym na diecie Mc. Colluma N 3143, po 5 mg ergosteryny w postaci Vigantolu, a więc dawkę 5000 razy większą, niż dawka zapobiegawcza. Okazało się, że po 3—5 tygodniach zwierzęta padały. Uprzednio stwierdzono u nich spadek wagi, dochodzący do 30%, spadek ciepłoty ciała, wilgotność skóry, nastroszenie sierści, porażenie kończyn. Stan ten autorzy określają jako witaminizm (Vitaminismus). Równocześnie z tą pracą ukazało się doniesienie Kreitmara i Molla, którzy po stosowaniu dawki ergosteryny (Vigantol) 10000 razy większej, niż dawka zapobiegawcza przeciw krzywicy, również spostrzegli u zwierząt doświadczalnych ubytek wagi, a pozatem zmniejszenie śledziony, dalej zwapnienia w drobnych naczyńkach krwionośnych, ścianie żołądka, mięśniu sercowym, płucach i nerkach.

F. Holtz i T. Brand wreszcie przeprowadzali badania na młodych szczurach, otrzymujących pożywienie, składające się z makuchów, kukurydzy, kazeiny i soli kuchennej. Stosowano dawki po 2 mg (Vigantol) oraz po 10 mg, w ciągu 4—6 tygodni. Zahamowanie wzrostu spostrzeżono nie u wszystkich zwierząt. Na 8 szczurów, otrzymujących 10 mg ergosteryny, trzy padły pod koniec doświadczenia. Równocześnie jednak padły trzy szczury z pośród zwierząt kontrolnych. Badania histologiczne narządów zwierząt, otrzymujących 10 mg ergosteryny w ciągu 5—6 tygodni, wykazały zmiany w postaci odkładania się wapnia, szczególniej w nerkach.

Wapń umiejscowiony był przeważnie w substancji korowej nerek, w mniejszym stopniu w substancji rdzennej. U zwierząt, otrzymujących dawkę 2 mg ergosteryny zmiany były mniej zaznaczone.

Autorzy nadmieniają, że nie stwierdzili współzależności pomiędzy nasileniem zmian w nerkach, a zaburzeniami w przyroście wagi.

W przeciwieństwie do Kreitmara i Molla, ostatnio wymienieni autorzy nie stwierdzili zwapnień w mięśniu sercowym. Jedyne zmiany dotyczyły naczyń wieńcowych serca, w których występowały złogi wapnia. W wątrobie i śledzionie nie stwierdzono wybitniejszych zmian.

Autorzy, biorąc pod uwagę, że wiele związków, jak np. aldehyd mrówkowy i inne aldehydy z szeregu alifatycznego, dalej kwas mlekowy, wreszcie nadtlenek wodoru, nadtlenek benzoilu, chloramina, może wywołać podobne zwapnienia, przypuszczają, że zmiany stwierdzone niekoniecznie muszą być przejawem hyperwitaminozy, ale mogą zależeć od zanieczyszczeń preparatu.

Simmonet H. i G. Tanret, znaleźli, że ergosteryna krótko naświetlana, stosowana w dawkach 500—5000 razy większych od dawek leczniczych, wykazując działanie przeciwkrzywicze, nie posiada własności toksycznych.

Lesné E. i R. Clément znów podawali szczurom po 16 mg ergosteryny naświetlanej dziennie, co jest dawką 16000 razy większą od leczniczej, jednak nawet po trzech miesiącach obserwacji nie stwierdzili ujemnego wpływu tak olbrzymich dawek na stan zwierząt. Zwierzęta zabite po tym czasie i poddane sekcji nie wykazywały zmian patologicznych.

Sprzeczne te wyniki, otrzymywane przez różnych autorów, można tłumaczyć tem, że ergosteryna, używana przez nich, była niejednolitego pochodzenia. Chodziło tu o preparaty fabryczne, których sposoby aktywowania i oczyszczania nie są znane. Dalej w wymienionych pracach nie przeprowadzano równoczesnego badania aktywności preparatów w kierunku przeciwkrzywiczym.

W celu uniknięcia tych błędów i stwierdzenia czy zmiany, spostrzegane przez niektórych autorów, zależne są od czynnej substancji przeciwkrzywiczej, postanowiłem dokonać badań na czystej ergosterynie w porównaniu z preparatami fabrycznemi, przy jednoczesnej standaryzacji użytego do doświadczeń materjału. Równocześnie badano działanie dużych dawek ergosteryny, naświetlonej krótko (½ godz.) i w ciągu dłuższego czasu (6 godz.).

Standaryzację preparatów witasteryny D przeprowadzono według metody Scheunerta i M. Schieblicha. Metoda ta oparta jest na spostrzeżeniu, że młode szczury, w wieku 3—4 tygodni, trzymane na diecie Mc. Collum'a 3142, wykazują po 14 dniach zmiany krzywicze, które można stwierdzić rentgenologicznie. O ile zwierzętom takim, będącym na diecie bezwitaminowej, podawać dostateczną ilość witasteryny przeciwkrzywiczej, to po upływie 14 dni nietylko, że nie stwierdzi się zmian krzywiczych, lecz rozwój kości będzie zupełnie normalny. Jako jednostkę przeciwkrzywiczą przyjmuje się tę najmniejszą ilość ergosteryny, która w warunkach tych zapobiega powstaniu krzywicy.

Do badań używa się kilku grup szczurów mniej więcej po 10 sztuk, którym podaje się stopniowo zmniejszające się dawki ergosteryny, np. 1 γ, 0,8 γ, 0,6 γ, 0,4 γ, 0,2 γ, jedna grupa zwierząt nie otrzymuje ergosteryny i służy jako kontrola. Po 14 dniach bada się zapomocą prześwietlenia zwierzęta otrzymujące ergosterynę na krzywicę. Dopiero, gdy przynajmniej 80% zwierząt danej grupy nie wykazują zmian krzywiczych, uważa się zastosowaną dawkę za jednostkę czynną witasteryny D. W grupie kontrolnej oczywiście występuje wyraźna krzywica. 100 jednostek szczurzych czyli biologicznych odpowiada jednej jednostce klinicznej.

Pierwsza grupa doświadczeń dotyczyła działania dużych dawek ergosteryny, naświetlanej w ciągu pół godziny. Standaryzacja wykazała, że 1 cm³ 1% roztworu danej ergosteryny zawierał 33.000 jednostek szczurzych.

Młodym szczurom o wadze od 33—45 g. podawano w ciągu ośmiu tygodni po 20.000 jednostek biologicznych dziennie. Zwierzęta otrzymywały pokarm, składający się z pszenicy, mleka, chleba, marchwi i jaj kurzych. W pierwszym tygodniu podawania ergosteryny zaznaczył się brak przyrostu wagi (Tabl. 1).

Tablica 1.

	14/1. 1930	21/1.	28/1.	3/2.	10/2.	17/2.	1/3.	7/3.	21/3.
1	40	39	43	49	56	62	68	75	82
2	35	35	39	42	46	52	60	64	71
3	42	43	46	49	55	58	66	72	80
4	43	42	45	50	54	59	65	74	84
5	45	46	48	52	56	58	66	76	82
6	37	35	41	48	52	57	65	68	70
7	35	36	39	47	55	59	62	66	75
8	36	37	40	44	50	52	60	65	67
9	35	36	40	42	46	50	59	64	70
10	33	33	40	43	50	51	62	69	83

Później przyrost wagi był prawidłowy, wyniósł on 100% po upływie ośmiu tygodni, wobec 112% u szczurów kontrolnych. Śmiertelność 0%.

Zwierzęta w czasie doświadczeń nie wykazywały objawów „hyperwitaminozy". Po ośmiu tygodniach szczury zabito. Narządy zbadano histologicznie na obecność zwapnień metodą Kossa z barwieniem safraniną. Takowych nie znaleziono w wątrobie, sercu, śledzionie. W nerkach wystąpiły tylko nieznaczne zwapnienia w substancji korowej.

W drugiej grupie doświadczeń stosowano duże dawki ergosteryny, poddanej naświetlaniu w ciągu 6-ciu godzin. Po standaryzacji tej ergosteryny, okazało się, że 1 cm³ 1% roztworu zawiera 33.000 jednostek biologicznych, czyli taką samą aktywność, jak po naświetlaniu półgodzinnem. Szczurom podawano podobnie jak w pierwszem doświadczeniu, dawkę 20.000 jednostek dziennie. Pokarm jak w doświadczeniu pierwszem. W ciągu pierwszych trzech tygodni podawania ergosteryny przyrost wagi został zahamowany, przyczem zwierzęta zdradzały objawy „hyperwitaminozy": nastroszenie sierści, wilgotność skóry, zmniejszoną ruchliwość. W czasie ośmiu tygodni śmiertelność wynosiła 33%. U reszty zwierząt przyrost wagi po 8-miu tygodniach wyniósł tylko 47.1%. (Tabl. 2).

Tablica 2.

	11/1. 1930	21/1.	28/1.	3/2.	10/2.	17/2.	1/3.	7/3.	21/3.
1	41	40	43	45	52	56	58	62	66
2	34	35	—	—	—	—	—	—	—
3	41	43	45	48	—	—	—	—	—
4	42	43	45	46	49	51	53	58	59
5	44	44	44	45	49	51	54	58	61
6	37	36	38	39	41	45	50	52	56
7	35	34	35	—	—	—	—	—	—
8	36	36	37	41	43	45	47	49	52
9	37	37	42	45	44	52	53	56	59
10	32	32	30	31	32	35	38	40	42

Badanie histologiczne narządów wykazały następujące zmiany: 1) nerki zwapnienia zarówno w części korowej, szczególnie w okolicy kłębuszków, jak i w rdzennej, 2) serce: nieliczne zwapnienia w samym mięśniu sercowym, 3) wątroba: zwapnienia okołonaczyniowe, 4) śledziona: bez zmian.

Analogiczne doświadczenia przeprowadzono na 4-ch młodych królikach wagi 940—990 g. Podano im po 150.000 jednostek biologicznych ergosteryny dziennie. Po dwóch tygodniach jeden królik padł. Badanie histologiczne wykazało zwapnienia w nerkach podobnego typu co u szczurów. Trzy pozostałe króliki zostały zabite po miesiącu. Zmiany anatomiczne w postaci zwapnień znaleziono tylko w nerkach.

W trzeciej grupie doświadczeń stosowano duże dawki ergosteryny, zawarte w preparacie Vitavit. 1 cm^3 tego preparatu zawierał w owym czasie 10.000 jednostek biologicznych. Podawano młodym szczurom po 20.000 jednostek dziennie w ciągu ośmiu tygodni. Pokarm jak w doświadczeniach poprzednich. Zwierzęta nie wykazywały objawów „hyperwitaminozy". Przyrost wagi po 8-miu tygodniach wyniósł średnio 89.7%. (Tabl. 3).

Tablica 3.

	14/1. 1930	21/1.	28/1.	3/2.	10/2.	17/2.	1/3.	7/3.	21/3.
1	40	39	43	51	55	63	61	75	83
2	35	35	39	42	46	52	62	66	72
3	42	45	45	—	—	—	—	—	—
4	43	45	47	51	58	59	65	74	82
5	45	46	47	51	59	62	67	70	71
6	36	38	41	48	52	59	65	68	72
7	36	37	39	41	46	49	50	59	62
8	35	37	39	45	50	60	64	69	69
9	39	39	43	49	56	68	73	73	74
10	46	39	43	56	62	68	75	77	82

Z pośród 10 szczurów jeden padł w czasie doświadczenia. Badanie histologiczne wykazało tylko obecność nieznacznych zwapnień w substacji korowej nerek. Wątroba, śledziona i mięsień sercowy nie wykazywały zmian patologicznych.

W czwartej grupie doświadczeń podawano szczurom po 20.000 jednostek biologicznych ergosteryny, zawartej w preparacie Vigantol. 1 cm^3 tego preparatu zawierał 20.000 jednostek biologicznych. W ciągu pierwszych 2 tygodni wystąpiły objawy „hyperwitaminozy", zahamowanie wzrostu, nastroszenie sierści, śmiertelność 33% i t. d. Po ośmiu tygodniach przyrost wagi u pozostałych szczurów wyniósł tylko 40.5% .(Tabl. 4).

Tablica 4.

	3/2. 1930	10/2.	17/2.	1/3.	7/3.	21/3.	28/3.	3/4.	10/4.
1	41	41	40	43	46	49	51	56	58
2	42	39	39	42	—	—	—	—	—
3	34	34	36	38	40	42	45	48	47
4	38	35	34	37	40	41	44	48	51
5	42	39	39	—	—	—	—	—	—
6	37	38	37	40	42	46	45	48	56
7	35	33	35	37	38	40	—	—	—
8	44	45	45	50	—	—	—	—	—
9	40	40	42	45	47	50	52	53	57
10	35	35	37	37	38	41	42	48	51

Badanie histologiczne narządów wykazało w nerkach zwapnienia zarówno w substancji korowej jak i rdzennej. W wątrobie zwapnienia okołonaczyniowe. Nieliczne zwapnienia w mięśniu sercowym. Śledziona bez zmian.

W piątej grupie doświadczeń podawano młodym szczurom po 20.000 jednostek dziennie ergosteryny naświetlanej pół godziny, a jako pokarm dietę Mc. Collum'a. Dieta ta, jak wiadomo obfituje w wapń (3%). Zwierzęta wykazywały zahamowanie rozwoju. Przyrost wagi po 8-miu tygodniach podawania ergosteryny wyniósł tylko 18.6%. (Tabl. 5).

Tablica 5.

	3/2. 1930	10/2.	17/2.	1/3.	7/3.	21/3.	28/3.	3/4.	10/4.
1	41	40	41	40	43	45	43	42	43
2	41	40	—	—	—	—	—	—	—
3	40	40	41	39	—	—	—	—	—
4	37	36	39	41	46	42	43	43	45
5	39	37	39	40	—	—	—	—	—
6	41	38	37	39	40	—	—	—	—
7	37	36	35	39	40	43	45	47	43
8	33	33	32	33	—	—	—	—	—
9	35	36	36	37	36	39	42	43	43
10	37	36	35	36	36	—	—	—	—

Śmiertelność w tym czasie wynosiła 60%. Zwierzęta równocześnie wykazywały objawy „hyperwitaminozy". Badanie histologiczne wykazywało wybitne zwapnienia w nerkach, mięśniu sercowym i około naczyń wieńcowych serca, oraz w wątrobie.

Zestawiając otrzymane wyniki, można powiedzieć, że ergosteryna różnorodnie naświetlana lub pochodząca z różnych preparatów fabrycznych, stosowana w postaci jednakowych bardzo dużych dawek, wywołuje różny wpływ na ustrój.

Stosowanie u szczurów przez dłuższy okres czasu b. dużych dawek, wynoszących 20.000 jednostek biologicznych ergosteryny krótko (pół godziny) naświetlanej, lub w postaci preparatu Vitavit nie wywierało ujemnego wpływu. Zwierzęta rozwijały się na ogół prawidłowo i nie padały w czasie doświadczenia. Narządy wewnętrzne poddane badaniu histologicznemu, nie wykazywały większych zwapnień. Jednem słowem nie było tu objawów „hyperwitaminozy".

Natomiast stosowanie takiej samej ilości jednostek t. j. po sprowadzeniu do tej samej aktywności co w poprzednich doświadczeniach ergosteryny długo naświetlanej (6 godzin) lub w postaci Vigantolu, wywołało objawy „hyperwitaminozy": zahamowanie wzrostu, dużą śmiertelność, zwapnienia w narządach wewnętrznych.

Uwzględnić należy również zależność powyższych objawów od składu pożywienia. Pokarm obfitujący w wapń sprzyja powstawaniu objawów „hyperwitaminozy", za czem przemawia porównanie doświadczeń grupy pierwszej i piątej, w których stosowano ergosterynę jednakowego pochodzenia, raz u szczurów otrzymujących normalną dietę, a drugi raz z nadwyżką wapnia.

Okazało się, że nadmiar wapnia sprzyja w wysokim stopniu powstawaniu „hyperwitaminozy".

Piśmiennictwo:

1) Collazo J. A., Rubino P. i B. Varela: Bioch. Zeit. 209, 1929. — 2) Holtz F. i T. Brand: Hoppe-Seyler Zeit. f. physiol. Chemie, 181, 1930. — 3) Kreitmar H. i F. Moll: Münch. Med. Woch. 26, 1928. — 4) Lesné E. i R. Clement: Compt. ren. d. l. Soc. Biol. 101, 1929. — 5) Simmonet H. i G. Tanret: Compt. ren. d. l. Soc Biol. 100, 1928. — 6) Scheunert A. i M. Schieblich: Bioch. Zeit. 209, 1929.

Franciszek KMIETOWICZ, jun. Lwów.

Z badań nad stężeniem jonów wodorowych w zdrojach polskich.

IV. Doniesienie.

Z Instytutu Farmakologji doświadczalnej U. J. K.
Dyrektor: prof. Dr. Włodzimierz Koskowski.

1.

Chcąc zamknąć badania nad stężeniem wolnych jonów wodorowych całej grupy źródeł zachodnio-karpackich, oznaczyłem kolejno wszystkie zdroje Rabki, a nadto wody mineralne Słowaczyzny z Cigielki i Bardjowa, jako geologicznie i chemicznie należące do tego zespołu.

Solanka rabczańska zebrana wspólnie ze wszystkich źródeł jest wybitnie hypertoniczną solanką jodowo-bromową i ma wykładnik wodorowy równy 7.05. Podkreślić należy, że źródła rabczańskie nie posiadają znaczniejszych ilości wolnego bezwodnika węglowego, dlatego też i ich wykładnik wodorowy leży na granicy równowagi wodorowo-hydroksylowej, czyli pH = 7.0.

I rzeczywiście oznaczenie stężenia wolnych jonów wodorowych w pojedynczych źródłach wykazuje pH = 7.0 lub niewielkie wahania w kierunku pH = 7.05.

Tablica I.

Rabka	21. VIII. 1930.	pH.
źródło	pod grotą	7.0 — 7.05
	koło turbiny	„ „
	koło maszyny	„ „
	koło Stelli	„ „
	w Borku	„ „
	Krakus	„ „
	Kazimierz	„ „
	pod deptakiem	„ „
	koło warzelni	„ „
	Rafaela	„ „

Z powodu zajęcia rurociągu nie mogłem oznaczyć tylko wody ze źródła na „wyżyskach".

Nowe rozbiory chemiczne wszystkich źródeł mają być przeprowadzone w ciągu roku po ukończeniu głębokiego wiercenia, którego wyniki wedle zdania geologów zapowiadają się bardzo korzystnie.

2.

Cigielka jest zdrojowiskiem wysyłającem swą bardzo silną solankę jodową do wszystkich krajów Europy; leży na granicy czechosłowackiej w bezpośrednim sąsiedztwie z naszą Wysową. Ma też podobnie rozmaity skład wód, jak i Wysowa.

Zdrój „Ludwika" jest solanką hypertoniczną sodowo-jodową. Jest to najsilniejsze znane źródło jodowe, gdyż zawiera 0.007 g jodu w 1 litrze wody. Odpowiednikami w Polsce są zdroje z Iwonicza, Rymanowa i Rabki.

Drugim źródłem eksploatowanem w Cigielce jest zdrój „Stefana". Jest to szczawa alkaliczno-słona, zawierająca obok dużej ilości wolnego kwasu węglowego i średnich ilości chlorku sodowego, — 16.722 g węglanu sodowego w 1 litrze.

Trzeciem źródłem jest zaniedbany zdrój szczawy żelazistej, leżący dalej w kierunku do Wysowej.

Stężenie jonów wodorowych tych źródeł przedstawia następująca tablica:

Tablica II.

Cigielka	17. VIII. 1930.	PH
źródło	Fons Ludovicus	7.3
	Fons Stephanus	6.8

3.

Bardjów jest zdrojowiskiem leżącem na wysokości 382 m. n. p. m. na stoku południowym, a właściwie już u podnóża Karpat. Stężenie wolnych jonów wodorowych w jego źródłach jest następujące:

Tablica III.

Bardjów	3. VIII. 1930.	PH
źródło	Elżbiety	5.9
	główne	6.25
	lekarza albo ludowe	6.4
	zwykłej wody słodkiej	7.1

Zdrój „lekarza" jest szczawą alkaliczno-słoną, podobną do zdrojów szczawnickich i krościeńskich, a z obcych do wód Gleichenbergu, Luchaczowic i Selters. Zdrój ten zawiera 0.49% węglanu sodowego i 0.12% chlorku sodowego, oraz 0.07% węglanu wapnia i 0.21% wolnego bezwodnika węglowego.

Zdrój Elżbiety jest szczawą żelazistą o zawartości 0.008% węglanu żelazowego. Posiada więc w 1 litrze 0.08 g żelaza, czyli jest jednem z najsilniejszych źródeł tego typu.

4.

Zalkalizowanie względnie zakwaszenie ustroju i jego wydzielin i wydalin jest krytycznie rozpatrywane w ostatnich latach.

Ustrój żywy dąży do izotonizacji, do izotermizacji, do utrzymania się w pewnych stałych warunkach fizyko-chemicznych, a jedną z najważniejszych norm jest wyraźna stała stężenia wolnych jonów wodorowych. Stężenie to dla rozwoju życia wogóle, jak i dla funkcyj fizjologicznych poszczególnych narządów jest stałe i waha się w bardzo szczupłych granicach. Zmiana pH w płynach ustrojowych powoduje albo stan patologiczny, czyli chorobę, albo przejściową zmianę funkcji fizjologicznej. Zmiana więc pH może być dla ustroju względnie dla jego czynności pewnym bodźcem.

Naruszyć możemy stężenie wolnych jonów wodorowych w tkankach, płynach, wydzielinach i wydalinach ustroju, — także przy pomocy systematycznie podawanych do picia wód mineralnych. Zmiana pH w ustroju może być korzystną, a wtedy leczenie wodami mineralnemi jest celowe; ale też w pewnych warunkach zmiana pH może być szkodliwą i wtedy trzebaby znać granice danego leczenia. Poznanie więc stałego pH wód mineralnych, obok poznania ilości bezwodnika węglowego, siarkowodoru oraz ilości i jakości węglanów jest równie ważne, jak znajomość fizjologicznych norm pH ustroju.

Alkalizować możemy ustrój wodami mineralnemi łatwo, gdyż większość ich jest zasadowa; zakwasić zaś możemy niewątpliwie łubo w nieznacznym stopniu i przejściowo przy pomocy szczaw prostych, wód siarczanych i gorzkich przeczyszczających, a kąpielami kwaso-węglowemi nawet wyraźnie, zwłaszcza jeśli polecimy częściowo wdechiwać bezwodnik węglowy unoszący się nad zwierciadłem wody.

Znamy normalne pH soków przewodu pokarmowego, znamy optimum pH dla działania zaczynów trawiennych, a przy pomocy wód mineralnych w stanach niedoboru lub nadczynności możemy częściowo regulować i tworzyć sztucznie odpowiednie warunki. Np. szczawy wogóle, a zwłaszcza proste, których wykładnik wodorowy wynosi 5.8 — 6.1 — 6.6 mogą być użyte przy niedokwaśności żołądka. Poza ich bezpośredniem działaniem na komórki wydzielnicze żołądka, wpływają one same wzmagająco na wydzielanie soku trzustkowego. Wydzielanie soku trzustkowego jest proporcjonalne do stężenia wolnych jonów wodorowych bodźca (Popielski). Resorbcja bezwodnika węglowego z jelit, wiązanie chemiczne, a przez to szybkie znikanie wolnego CO_2 z tego środowiska, ułatwia powstanie optimum pH dla soku trzustkowego, a zawartość soli zasadowych w podanych wodach jeszcze go potęguje.

5.

Stężenie jonów wodorowych krwi tętniczej wynosi do 7.4, krwi żylnej jest zwykle niższe, około 7.35, czyli, że krew żylna jest kwaśniejsza (zwykle o 0.05). Przy kwasicy spada pH do 6.95, a przy mocznicy nawet do 6.7.

Protoplazma komórek odpowiednio do krwi oddziaływa słabo zasadowo, utrzymując stałą równowagę między kwasami i zasadami ustroju przy pomocy naturalnego układu moderatorów. Kwas węglowy, który powstaje przedewszystkiem z przemiany materji i dwuwęglany są najważniejszą parą takich moderatorów

Zwiększanie ilości bezwodnika węglowego, względnie dwuwęglanów w osoczu krwi przez systematyczne i długotrwałe podawanie odpowiednich wód mineralnych, czy też kąpieli z CO_2 może wpływać na równowagę tych moderatorów, a także i rezerwy zasadowej.

Zmiana w ilorazie $\frac{H_2CO_3}{NaHCO_3}$ powoduje kwasicę lub alkalozę.

Stany kwasicy gazowej przewlekłej, jaką stwierdza się w gruźlicy i rozedmie płuc, występują przy normalnej zawartości dwuwęglanów i zwiększeniu się kwasu węglowego. Eksperymentalnie można ją otrzymać wdechając CO_2 w ilości większej niżeli prawidłowo zawierają go pęcherzyki płuc, a więc powyżej 6%. Stąd u chorych na rozedmę wskazanemby było nie kąpać ich w kąpielach kwasowęglowych wcale, albo kąpać przykrywając szczelnie wanny.

W padaczce i tężyczce należałoby wykluczyć wody alkaliczne, ze względu na alkalozę towarzyszącą tym chorobom.

W skompensowanej kwasicy niegazowej, występującej przy cukrzycy, ciąży, uremji, po wysiłkach fizycznych, gdzie ustrój przesycony jest kwasami i gdzie dwuwęglany zostały zmniejszone, a równocześnie z niemi zmniejsza się systematycznie i prężność dwutlenku węgla, a więc gdzie ciągle krew znajduje się na granicy przekwaszenia i reguluje normę swą jeszcze tylko przy pomocy nerek, wydalając zwiększone ilość kwasu i amoniaku, należałoby przeprowadzić badania nad podawaniem wód alkalicznych, a zwłaszcza wody Zubera z Krynicy.

W zdrojowiskach położonych wysoko w górach powietrze jest zawsze rzadsze i uboższe w tlen. Jeśli w środowisku takiem znajdzie się sercowo chory z dolin z zaburzonem oddechaniem i jeśli choremu takiemu poleci się pić wody alkaliczne i nadto kąpać bezpośrednio po przyjeździe w kąpielach o wyższej nieco ciepłocie, wystąpi u niego alkaloza gazowa t. zn. dwuwęglany zaczną się zwiększać, a nie obniżać, gdy tymczasem prężność bezwodnika węglowego obniżyła się już po przyjeździe w góry odrazu. Krew więc staje się bardziej zasadową, pH krwi zwiększa się i występuje forma alkalozy gazowej nieskompensowanej, szkodliwej, choćby trwała tylko przejściowo i krótko. Chorzy tego ro-

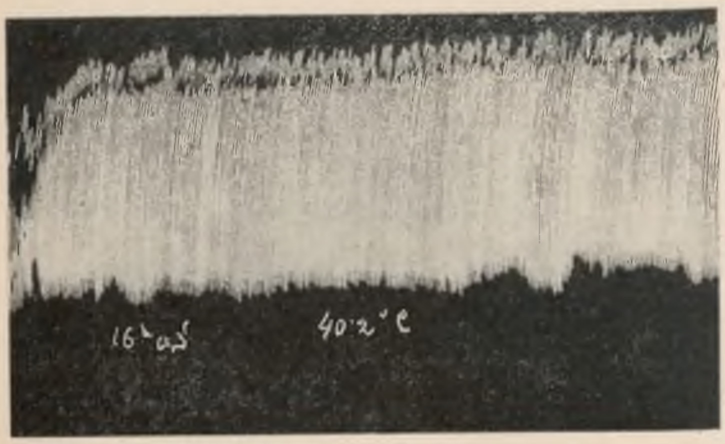
dzaju powinni mieć czas dłuższy na aklimatyzację, na dostosowanie się do nowych warunków powietrza górskiego.

Jak dużą rolę odgrywa oddechanie w kwasicach, eksperymentalnie najlepiej demonstrują doświadczenia Dadleza i Koskowskiego w pracach nad gorączką obwodową. Pies badany w normie posiadał podstawową przemianę oddechową: $CO_2 =$ 60.32 cm^3; $O_2 = 72.15$ cm^3, objętość oddechową 2.32 litra na 1 minutę; cukru we krwi 96 mgr; kwasu mlekowego 12 mgr, a ciepłotę 37.2°. Po podaniu dożylnem żółci naftylaminowej w cztery godziny później wzrósł CO_2 na 134.14 cm^3, O_2 na 165.71 cm^3, objętość oddechowa na 9.36 litra w 1', cukier zaś na 130 mgr, a kwas mlekowy na 23 mgr bezpośrednio przed wystąpieniem polypnoë: ciepłota wkońcu na 40.2° C.

Oddechy z 20 (Krzywa I) wzrosły równocześnie na 274 (Krzywa II) w jednej minucie w czasie zalania ustroju kwasem mlekowym. Proporcję tę ilustruje najlepiej jedna z nieogłoszonych dotąd krzywych, którą podajemy poniżej:



Krzywa I.



Krzywa II.

Widzimy z tego, że oddechanie jest regulatorem grożącej kwasicy i tworzy mechanizm niesłychanie ważny w utrzymywaniu równowagi kwasów i zasad; jest więc funkcją obronną i to funkcją czynną, podobnie jak z drugiej strony podobnym regulatorem są także i nerki.

Oddech przy kwasicy nietylko jest szybszy, ale jest i głębszy, przyczem wzrasta tętno i ciśnienie, podczas gdy przy alkalozie oddech jest rzadszy, płytszy, a ciśnienie krwi wolniejsze.

W kwasicy cukrzycowej kwasy aceto-octowy i oksy-masłowy zatruwają organizm zmniejszając zawartość zasad, tak, że ustrój traci potas, sód, magnez i wapń. Wody alkaliczne nadają się do leczenia tych stanów, tem więcej, że alkalja mają nadto wywoływać wogóle hypoglikemję, a szczawy wapniowe żelazisto-magnezowe posiadają tracone jony.

To samo odnosi się także do przemiany purynowej, gdzie wody alkaliczne wzmagają wydalanie kwasu moczowego (chociaż pośrednio).

Należy też pamiętać przy ocenie chemicznej wód mineralnych, że węglany wapnia i magnezu wiążą kwasy w przewodzie pokarmowym, a przez to alkalizują mocz i zaoszczędzają ustrojowi częściowo fosfor (Modrakowski).

Dalej przy kwasicy powstałej po pracy mięśniowej z kwasu mlekowego u ludzi z nizin, którzy nagle znaleźli się w górach, a którzy przez to mają alkalozę oddechową z mniejszą ilością moderatorów dwuwęglanowych, niż u siebie w dolinach — i jeśli nadto cierpią na choroby sercowe i pewne choroby krwi, zwłaszcza blednicę i niedokrwistość — to należy u tych chorych z powodu łatwości powstawania kwasu mlekowego ograniczyć ruchy do minimum i indywidualnie ustosunkować się do każdego przypadku.

Obniżenie przemiany gazowej, zwiększonej chorobowo, jaką spotykamy w hypertyreozach, oraz tam, gdzie przemiana jest prawidłową, ale z powodu wzmożonego rozpadu białka następuje wychudzenie, — możemy uzyskać poprawę przez podanie wód alkalicznych, jak np. Zubera (Braun).
zerwie zasadowej, a słabiej przy szczupłej.

Zwiększenie jonów H względnie OH, a więc stworzenie kwasicy względnie alkalozy w ustroju, oraz zwiększenie różnic w rezerwie zasadowej, zmienia także farmakodynamiczne własności środków lekarskich względnie ich nasilenie i tak np. z środków nasennych pochodne kwasu barbiturowego silniej działają na ośrodki w *thalamus opticus*, chloraloza zaś na korę mózgową, gdy rezerwa alkaliczna maleje, słabiej gdy rośnie. Przeciwnie beta-tetrahydronaftylamina działa silniej hypertermicznie przy obfitej rezerwie zasadowej, a słabiej przy szczupłej.

Adrenalina przyspiesza swe działanie i siłę w środowisku jonów OH, zmniejsza zaś pod wpływem jonu H. Działanie więc naczyniowe i hypertenzyjne adrenaliny jest wzmożone wtedy, kiedy wzrasta i rezerwa alkaliczna, a maleje gdy i rezerwa maleje. Odwrotnie działa adrenalina na jelito izolowane. Silniej gdy pH staje się kwaśniejszem, słabiej w środowisku zasadowem.

Wydzielanie śliny pod wpływem pilokarpiny zależy też od rezerwy alkalicznej; rośnie ono, gdy rezerwa rośnie, — zwalnia się zaś gdy rezerwa maleje (Tiffeneau).

Dalej widzimy, że błękit metylenowy sam przez się nie jest trujący dla ustroju, powodując jednak rozpad glykogenu wątroby aż do kwasu mlekowego, zakwasza ustrój, wywołuje hypertermję i dopiero pośrednio działa toksycznie Dadlez i Koskowski).

Alkaloza potęguje działanie insuliny. I rzeczywiście podając w Krynicy 450 g dziennie wody Zubera (około 9 g zasad) choremu na cukrzycę z ilością 9% cukru w moczu, otrzymałem zupełne odcukrzenie bez ketonurji przy diecie 200 g węglowodanów, po stosowaniu 10 jednostek insuliny 2 razy dziennie w ciągu 3 dni, a w ciągu tygodnia przybytek 6 kg na wadze ciała.

Przy zakwaszeniu tkanki podskórnej gazowym bezwodnikiem węglowym spostrzegałem przyrost i rozszerzenie się naczyń włosowatych pod kapilaroskopem, co potwierdza Modrakowski w kwasicach eksperymentalnych, w alkalozach zaś spostrzegając zanikanie i ścieńczenie naczyń włosowatych.

Wogóle alkaloza zwiększa pobudliwość układu parasympatycznego, kwasica zaś układu nerwowego sympatycznego.

Ocena tedy toksyczności środków lekarskich jak i siły ich farmakodynamicznego działania, zależy od oceny środowiska chemicznego, w jakiem te środki mają działać. Stężenie jonów wodorowych jest jednym z czynników, który obecnie należy uwzględniać przy rozpatrywaniu dynamiki fizjologicznej i farmakologicznej.

Wody zaś mineralne i kąpiele kwaso-węglowe oraz siarczane są jednym ze środków, które zmieniając stosunek moderatorów we krwi, mają wybitny wpływ na pH ustroju. Celowa zmiana pH w płynach ustrojowych może mieć własności lecznicze i tu należy podkreślić terapeutyczne znaczenie pH wód mineralnych.

Piśmiennictwo:

Tiffeneau, Levy et Brown: Arch. internat. de Pharmacodynamie et de Thérapie. XXXVIII, 1930. — Modrakowski: Terapia alkaljami i kwasami. Ciechocinek, 1928. — Braun Bronisław: Pamiętnik III. Zjazdu Lekarzy w Krynicy, 1930. — F. Kmietowicz jun.: Pol. Gaz. Lek. Nr. 23, 1923; Pol. Gaz. Lek. Nr. 46, 1923; Pol. Gaz. Lek. Nr. 20, 1928; Pol. Gaz. Lek. Nr. 51, 1929. — Dadlez i Koskowski: Pol. Gaz. Lek. Nr. 22, 1929.

Dr. H. SAWICKA. Lwów.

Czem winniśmy się kierować w wyborze metody leczniczej łożyska przodującego?

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Bocheński.

Dzięki badaniom Aschoffa i jego uczniów stwierdzonem zostało, że łożysko przodujące rozwija się w t. zw. dolnym odcinku macicy i to albo pierwotnie, jeżeli jaje płodowe usadowi się w tymże odcinku, lub też następowo, jeżeli jaje płodowe usadowi się wprawdzie w miejscu normalnem, lecz mimoto część łożyska z tego lub owego powodu rozwija się w dolnym odcinku. Stwierdzenie tego faktu wyjaśnia, dlaczego połączenie łożyska ze ścianą macicy w dolnym odcinku jest mniej korzystne, aniżeli w warunkach normalnych i tłumaczy, dlaczego, im niżej łożysko

jest usadowione w kierunku ujścia wewnętrznego i kanału szyi, tem większej zmianie ulegają warunki normalne i tem groźniejsze występują objawy kliniczne, mianowicie krwawienie i niebezpieczeństwo zakażenia.

Zdawałoby się, że poznanie powyższych faktów ułatwi należyte zorjentowanie się w każdym przypadku łożyska przodującego i umożliwi wybór racjonalnego postępowania. Tak niestety nie jest. I dzisiaj jeszcze mimo wszystko można stwierdzić pewną rozbieżność zapatrywań w wielu kierunkach.

Już sam podział łożyska przodującego na łożysko przodujące całkowicie, boczne i brzeżne nasuwa pewne wątpliwości. Jest to bowiem podział o tyle nieścisły i niepewny, że badanie kliniczne nie w każdym przypadku pozwala na pewne rozpoznanie, a temsamem na uzasadnienie tego podziału. Tak np. przy szyi drożnej dla palca możemy stwierdzić całkowite nakrycie ujścia wewnętrznego utkaniem łożyskowem, a już wkrótce, jeżeli tylko kanał szyi nieco bardziej się rozszerzy, stosunki te mogą się całkowicie zmienić i będziemy je zupełnie inaczej oceniać. Ponadto tak w jednym jak i w drugim wypadku nie będziemy całkiem pewni, czy przypadkowo łożysko w przeważnej swej części nie jest usadowione normalnie, a tylko pewna jego część, i może nawet tylko nieznaczna, jest nisko usadowiona. Również niema zgodności zapatrywań co do przyczyny krwotoków, stanowiących, jak wiadomo, istotne i największe niebezpieczeństwo w przypadkach łożyska przodującego. N. p. K r ö n i g i S e l l h e i m są zdania, że z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowej dolny odcinek, a wraz z nim także podstawa łożyska ulegają rozciągnięciu i że wskutek tego powstaje krwotok. Krwotok ten atoli niema stanowić istotnego niebezpieczeństwa, lecz dopiero ten, krwotok, który powstaje po porodzie, a to dlatego, że dolny odcinek macicy nie ma zdolności dostatecznego kurczenia się, tak aby spowodował zamknięcie naczyń.

Zapatrywania tego atoli nie podziela większość autorów i słusznie. Wszak każdy położnik zna wiele przypadków łożyska przodującego, w których po porodzie wcale niema krwotoku bez względu na sposób ukończenia porodu. Jeżeliby sam skurcz dolnego odcinka macicy był rozstrzygającym czynnikiem, zapobiegającym krwotokowi po porodzie, to krwotok ten musiałby być szczególnie obfity w przypadkach szyjnego cięcia cesarskiego. Tymczasem doświadczenie poucza, że tak nie jest, i że mimo nacięcia ściany dolnego odcinka krwotok często wcale nie powstaje lub jest bardzo nieznaczny. Nie ulega więc wątpliwości, że, oprócz skurczu dolnego odcinka macicy, działać muszą także inne czynniki zapobiegające krwotokowi, jak skurcz samych naczyń, zwężenie ich światła wskutek zlepu nabłonka i t. p. Mimo to atoli nie można zaprzeczyć, że sam skurcz mięśnia macicznego może wystarczyć, aby krwotok nie powstał.

Przyczyną krwotoku w pewnych przypadkach łożyska przodującego mogą być zaburzenia w rozwoju samego łożyska, a zwłaszcza połączenie jego z podstawą. Niedostateczny rozwój błony doczesnej w dolnym odcinku sprawia, że kosmki łożyska przodującego drążą głębiej w mięsień i to tem bardziej, im łożysko jest niżej usadowione.

Jeżeli wskutek rozrostu jaja płodowego i braku pomieszczenia jego w jamie macicy przychodzi do rozwierania się dolnego odcinka w celu pomieszczenia tamże dolnego bieguna jaja płodowego wówczas łożysko może ulec odklejeniu i powstaje krwotok. Mimo to czynność porodowa może nie wystąpić i ciąża może się dalej rozwijać, o ile naturalnie łożysko odkleiło się tylko na nieznacznej przestrzeni. Z tego samego powodu mogą podobne krwotoki od czasu do czasu się powtarzać i nigdy nie można przewidzieć, czy po takim krwotoku wystąpi czynność porodowa, czy też nie. Tylko w ten sposób można wytłumaczyć, że często w przypadkach łożyska przodującego, nawet bardzo nisko usadowionego, ciąża dobiega do końca i niebezpieczeństwo występuje dopiero z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowej. Im głębiej w miąższ mięśnia macicznego drążą kosmki, tem mniejsze jest niebezpieczeństwo krwotoku z powodu rozciągnięcia się dolnego odcinka wskutek powiększenia się jaja płodowego. Z drugiej strony atoli w przypadkach tych zwiększa się niebezpieczeństwo pęknięcia względnie naddarcia ściany dolnego odcinka, a opanowanie krwotoku po porodzie może być bardzo trudne.

Wspomniane pęknięcia dolnego odcinka macicy daleko częściej są przyczyną krwotoków poporodowych, aniżeliby się to mogło zdawać. Wszak nawet po porodach prawidłowych daleko częściej, niż to ogólnie się przyjmuje, powstają mniej lub bardziej rozległe naddarcia szyi, które nieraz powodują silny krwotok. W przypadkach łożyska przodującego niebezpieczeństwo to jest daleko większe, gdyż wówczas nawet z niezbyt głębokich naddarć może powstać obfity krwotok z powodu silnego unaczynienia miejsca, w którem usadowiło się łożysko.

Odróżnienie krwotoku, powstałego wskutek naddarcia szyi, od krwotoku, jaki powoduje niedostateczny skurcz dolnego odcinka po wypróżnieniu macicy jest w przypadkach łożyska przodującego bardzo trudne i w praktyce powoduje często omyłki. Jeżeli łożysko usadowione jest normalnie możemy łatwo stwierdzić ręką, czy macica jest należycie skurczona. Wobec łożyska przodującego jest to niemożliwe, gdyż niedowładu dolnego odcinka nie można stwierdzić dotykiem. Orjentowanie się na podstawie zabarwienia krwi niezawsze jest słuszne, gdyż krew w przypadkach krwotoku, powstałego z naddarcia szyi, nie musi być żywo czerwona czyli pochodzenia tętniczego i właśnie w przypadkach łożyska przodującego bardzo często jest pochodzenia żylnego, a więc podobnie, jak w przypadkach krwotoku atonicznego. Jak wielkie istnieje niebezpieczeństwo i łatwość naddarcia szyi wobec łożyska przodującego, doświadcza tego codziennie każdy praktyk, stosujący ten lub ów zabieg operacyjny w tem powikłaniu. Wszak już B r a x t o n - H i c k s zdawał sobie z tego należycie sprawę, skoro ostrzegał, aby po obrocie na nóżkę, nietylko nie pociągać za nią, ale nawet, aby jej nie obciążać. To też słusznie uważa H e n k e l za pewne cofnięcie się wstecz, propozycję obciążenia sprowadzonej po obrocie nóżki ciężarem nawet do $2^1/_2$ kg. Zdaniem tego autora, wszelkie pociąganie lub obciążanie nóżki jest niepotrzebne i niebezpieczne.

Nasilenie krwotoku zależy w znacznym stopniu od tego, jak wielka część łożyska przoduje i na jak wielkiej przestrzeni uległo ono odklejeniu. Dlatego w przypadkach łożyska przodującego winno się zawsze po urodzeniu płodu dążyć do natychmiastowego wydalenia łożyska. Stosunki anatomiczne sprawiają, że zabieg C r e d é g o nie zawsze tu pomaga, a wówczas należy być przygotowanym do ręcznego wydobycia łożyska.

Zabieg ten może być łatwy albo trudny, a często nawet niebezpieczny i niemożliwy. Zależy to od tego, czy związek łożyska ze ścianą dolnego odcinka jest bardziej powierzchowny, a więc dość luźny, czy też bardzo ścisły. W pierwszym wypadku ręczne wydobycie łożyska może być bardzo łatwe, a w każdym razie nie napotyka na większe trudności. Jeżeli zaś związek łożyska z podłożem jest ścisły wskutek tego, że kosmki drążą głęboko w miąższ mięśnia dolnego odcinka, lub nawet szyi, wtedy oddzielenie łożyska jest o wiele trudniejsze, często powoduje obrażenia, które znacznie zwiększają już istniejący krwotok. Wydobycie łożyska wogóle może być niemożliwe w przypadkach niektórych *(plac. increta)*. Rzecz naturalna, że nasilenie krwotoku zależeć będzie ponadto od tego, czy wogóle i jak wielkie naczynie uległo równocześnie przedarciu w chwili powstawania naddarcia mięśnia.

Istnieje również pewne zamieszanie pojęć co do wartości życia płodu i matki w przypadkach łożyska przodującego. Zamieszanie to zwłaszcza daje się zauważyć odkąd K r ö n i g polecił cięcie cesarskie jako zabieg leczniczy łożyska przodującego. Nie ulega wątpliwości, że śmiertelność dzieci przy tem cierpieniu i właśnie z powodu niego jest bardzo znaczna. Również jest rzeczą pewną, że cięcie cesarskie wpłynęło bardzo korzystnie na zmniejszenie tej śmiertelności. Należy się jednak zapytać, czy to jest i winno być istotnym celem cięcia cesarskiego. W sprawie tej właśnie pojęcia nie są uregulowane. Jedynie słusznem wydaje się stanowisko, że wskazaniem do cięcia cesarskiego w przypadkach łożyska przodującego winien być interes nie dziecka, lecz zasadnicza okoliczność, iż w pewnym okresie ciąży powikłanej łożyskiem przodującem najpewniej jesteśmy w stanie opanować krwotok właśnie przy pomocy tego zabiegu. W cierpieniu tem, o ile dawniej niedoceniano należycie interesu dziecka, to obecnie można powiedzieć, że się je przecenia. Pamiętać należy, że możność utrzymania płodu przy życiu zależy przedewszystkiem od stopnia jego rozwoju, a więc od czasu ciąży. Ta możność jest niewielka, o ile idzie o płody niedorozwinięte, a w przypadkach łożyska przodującego jeszcze gorzej się przedstawia. Tyczy się to zwłaszcza praktyki prywatnej, gdyż fachowa opieka pielęgniarska kliniki i zakładów położniczych zwiększa szanse utrzymania tych dzieci przy życiu. O tem należy pamiętać, nie wolno bowiem mimo wszystko niedoceniać niebezpieczeństwa, jakie bądź co bądź cięcie cesarskie przedstawia dla matki. Urodzenie dziecka żywego i zdolnego do życia, winno być do pewnego stopnia nagrodą za ryzyko tego niebezpieczeństwa. Jest to chyba stanowisko zupełnie słuszne i usprawiedliwione, a odnośnie do cięcia cesarskiego pokrywa się ono w zupełności z głównym celem leczniczym. Im bowiem ciąża jest późniejsza, temsamem tem większe szanse utrzymania dziecka przy życiu, tem idealniej spełnia swe zadanie cięcie cesarskie jako zabieg, którym możemy najpewniej opanować krwotok. Głównym celem zatem w przypadku łożyska przodującego winno być opanowanie krwotoku, a cel ten winniśmy starać się osiągnąć w sposób, zależny przedewszystkiem od czasu trwania ciąży. Jeżeli płód niezdolny jest do życia pozamacicznego, to zasadniczo racjonalniejszy jest wybór metod pochwowych, które nie przedstawiają niebezpieczeństwa cięcia ce-

sarskiego. Nie wyklucza to, rzecz naturalna, że w tym lub owym przypadku pod koniec ciąży cięcie cesarskie będzie racjonalniejsze i jedynie usprawiedliwione, nawet mimo, że płód będzie nieżywy.

Bardzo ważną rzeczą, na którą może mało zwraca się uwagi w przypadkach łożyska przodującego, jest to, czy mamy do czynienia z pierwiastką, czy z wieloródką. Jak wiadomo, nieprawidłowość ta przydarza się przeważnie u wieloródek. Winniśmy pamiętać o tem, że u pierwiastek wszelkie zabiegi od strony pochwy są niebezpieczniejsze i tem trudniejsze do wykonania, im większy jest płód. Wpływa na to wąskość pochwy, jakoteż zwykle dość długa i mało podatna szyja.

Co się tyczy cięcia cesarskiego, to niektórzy autorowie uzależniają wykonanie tego zabiegu od tego, czy dany przypadek jest czysty, czy też nie i w przypadkach zakażonych go nie wykonują. Rozstrzygnięcie tej sprawy nie zawsze jest łatwe. Jeszcze najprościej rzecz się przedstawia, jeśli istnieją typowe objawy ogólnego ciężkiego zakażenia. W przeważnej liczbie przypadków atoli trudno jest stanowczo orzec, jaki będzie przebieg w danym przypadku, gdyż nie mamy żadnych danych, któremi moglibyśmy się kierować. Nie jest bowiem decydującą wysokość ciepłoty, a często niepewne i zawodzące nawet badania serologiczne i bakterjologiczne. Najczęściej zdani jesteśmy na własne doświadczenie i niejako odczucie i ocenienie na podstawie ogólnego wrażenia, czy dany przypadek należy uważać za zakażony, czy też nie. To też sprawia, że tylko na podstawie własnego doświadczenia może położnik zadecydować w każdym poszczególnym przypadku o wyborze sposobu rozwiązania rodzącej, a zwłaszcza, o ile idzie o usunięcie macicy, który to zabieg niektórzy polecają w przypadkach rzeczywiście zakażonych.

O ile idzie o zestawienia statystyczne w wyborze sposobu leczenia łożyska przodującego, to te zasadniczo nie mają większej wartości, choćby nawet były bardzo obfite. Zestawienia takie bowiem tylko wówczas mają znaczenie, o ile obejmują wartości równe, to jest nadające się do porównania. Tymczasem odnośnie do łożyska przodującego należy stwierdzić, że tak nie jest. Wszak każdy przypadek łożyska przodującego przedstawia się inaczej, w każdym stosunki układają się inaczej mimo tych samych objawów klinicznych i mimo pozornie takiego samego stanu stosunków, jakie w danej chwili w czasie badania stwierdzamy. Stąd wniosek, że na podstawie samych zestawień statystycznych nie możemy wyciągać żadnych wniosków co do metody postępowania i że w wyborze tychże metod winniśmy kierować się właściwościami każdego poszczególnego przypadku.

Przystępując do kolejnego omówienia wszystkich metod, jakie stosujemy w leczeniu łożyska przodującego, to należy stwierdzić, że najlepsze wyniki tak dla matki, jak i dla dziecka, widzimy w przypadkach, w których poród odbywa się siłami natury po pęknięciu pęcherza. Wiadomą jest rzeczą, że przy łożysku przodującem pęcherz płodowy stosunkowo rzadko pęka samoistnie, gdyż przeszkadza temu częściowo przodujący płat łożyska, a nadto okoliczność, że w sąsiedztwie łożyska błony są grube, a więc trudniej ulegają pęknięciu. To sprawia, że w przypadkach tych często istnieje wielka ilość wód przodujących, co znów niekorzystnie wpływa na jakość bólów. Nie ulega wątpliwości, że, jeżeli pęcherz pęknie lub go przebijemy, a następnie główka lub pośladki wstąpią niżej, a bóle porodowe są dobre i poród odbędzie się siłami natury, wówczas szanse dla matki i dla dziecka są najkorzystniejsze. Zapewne, że także te przypadki nie są wolne od pewnego niebezpieczeństwa, jak wogóle każdy poród przy łożysku przodującem, który odbywa się drogami naturalnemi w ten lub ów sposób. Niebezpieczeństwo to polega na ewentualnem naddarciu szyi w tych przypadkach, w których wystąpią bardzo energiczne bóle parte, a ujście nie jest jeszcze dostatecznie rozwarte. Przy bardzo silnych bólach partych może w istocie szyja ulec naddarciu, co spowodować może silny krwotok. W tych przypadkach należy dbać o to, by osłabić zbyt silne bóle parte, co łatwo uskutecznić przy pomocy narkotyków lub nawet ogólnej narkozy.

Ten sposób postępowania, to jest przebicie pęcherza płodowego, jak z powyższego wynika, wymaga istnienia pewnych warunków, a mianowicie musi istnieć możność dojścia do błon, położenie płodu winno być podłużne i musi być dobra czynność porodowa. Spełnienie tych warunków niezawsze istnieje i tem się tłumaczy, że ten sposób postępowania można zastosować tylko w ograniczonej liczbie przypadków. Nie ulega wątpliwości, że przy należytej uwadze i ściślejszej kontroli ilość tych przypadków może być daleko większa, aniżeliby można przypuszczać.

Tyczy się to zwłaszcza przypadków ciąży wcześniejszej, a więc płodów niedonoszonych i wogóle niezdolnych do życia. W przypadkach tych główny cel zabiegu, to jest obniżenie części przodującej płodu dla wywarcia ucisku na łożysko, możemy osiągnąć, jeżeli ta sama część nie wstąpi niżej, przez ściągnięcie jej odpowiedniem narzędziem. Ponieważ idzie tu o płody małe, więc łatwo to uskutecznić nawet w położeniach nieprawidłowych tychże przez ściągnięcie części nastawiającej się, n. p. barku. W ten sposób osiągamy cel główny, t. j. ucisk na łożysko, a unikamy konieczności wprowadzania ręki do macicy celem dokonania obrotu i sprowadzenia nóżki. Nawet w tych przypadkach, w których trudno jest dojść do błon, można użyć tego sposobu, a drogę do części przodującej utorować sobie przez przebicie samego łożyska szczypczykami, któremi następnie chwytamy część wstawiającą się i ściągamy ją ku dołowi. Wskutek odpłynięcia wód czynność porodowa występuje zwykle energiczniej, a gdyby nawet nie dopisała, możemy ją wzmocnić przy pomocy odpowiednich środków, jak chinina, preparaty przysadki itp.

W ten sposób w wielu przypadkach, tyczących naturalnie płodów niezdolnych do życia, możemy się obejść bez wykonania obrotu, który w istocie swej sam przez się nie był i nie jest celem. Celem tym bowiem jest wywarcie ucisku na łożysko, a to możemy łatwo osiągnąć w sposób wyżej podany i to tem łatwiej, że każde ewentualne krwawienie możemy opanować przez pociąganie szczypczyków, któremi uchwyciliśmy część przodującą płodu.

O ile zaś idzie o ciążę końcową, a więc w tych przypadkach, w których płód jest już zdolny do życia, to, jak wyżej wspomniano, poród siłami natury jest najkorzystniejszy tak dla matki, jak dla dziecka, i najmniej przedstawia niebezpieczeństwa pęknięcia szyi i zakażenia. Odpada przytem obawa słabej czynności porodowej, gdyż możemy ją zawsze wzmocnić odpowiedniemi środkami, a przez to wpłynąć na silniejszy ucisk główki na łożysko i w ten sposób usunąć, względnie zmniejszyć ewentualne krwawienie. W najgorszym razie, jeśliby wystąpił krwotok z powodu słabej czynności porodowej i z tego powodu niedostatecznego ucisku główki na łożysko, zagrożony będzie tylko interes płodu. Można bowiem wówczas, w razie konieczności poświęcenia płodu, uchwycić główkę, ciągnąć ją ku dołowi, aby silniej uciskała łożysko i w ten sposób opanować krwotok. O ileby istniały warunki korzystne, można naturalnie zamiast tego ukończyć poród przy pomocy operacji kleszczowej.

Obrót B r a x t o n a-H i c k s a jest metodą, która i dzisiaj lekarzowi praktykowi jedynie można polecić. Metoda ta nie uwzględnia wprawdzie wcale interesu płodu, a przynajmniej w bardzo małej mierze, ale zato umożliwia praktykowi opanowanie krwotoku najpewniej. Ujemną stroną jest również to, że zabieg sam może być trudny, np. z powodu niedostatecznego rozwarcia ujścia, wąskiej pochwy, nieprawidłowego ułożenia i ustawienia płodu, niemożności dojścia do błon i konieczności przebicia łożyska i t. p. Po dokonanym obrocie należy nóżkę trzymać i pozostawić poród siłom przyrody. W razie najmniejszego krwotoku należy pociągnąć za nóżkę, ale tylko o tyle, aby krwawienie ustało. Jeżeli płód jest mały, to obrót może się udać, nawet przy ujściu rozwartem mniej aniżeli na 2 palce. Wówczas jednym palcem można nastawić do szyi koniec nóżki i szczypczykami tępemi, uchwyciwszy ją, przeprowadzić na zewnątrz ujścia.

Założenie balonu do macicy, polegające zasadniczo na tych samych podstawach, co obrót B r a x t o n a - H i c k s a, zalecają niektórzy dlatego, że metoda ta bardziej uwzględnia interes płodu, aniżeli obrót. Nie wszyscy jednak to potwierdzają. Ponadto metoda ta może w mniejszym stopniu, aniżeli obrót, uwzględnia główne niebezpieczeństwo łożyska przodującego — to jest krwotok. Wprowadzenie balonu zawsze jest połączone z pewnemi trudnościami, które zwiększają niebezpieczeństwo zakażenia i oddzielenia przodującego płatu łożyska, zwłaszcza jeśli balon trzeba wprowadzić przez otwór w łożysku samem. Wprawdzie niebezpieczeństwa te istnieją do pewnego stopnia także w czasie wprowadzania ręki do macicy, celem wykonania obrotu, ale są one przecież mniejsze choćby dlatego, że orjentacja palcami jest bądź co bądź łatwiejsza. Wreszcie po urodzeniu balonu zwykle występuje krwotok, a wówczas musimy jeszcze raz dostać się do macicy, aby wydobyć płód, o ile balon zupełnie rozwarł ujście, lub też wykonać obrót B r a x t o n a - H i c k s a. Nie ulega wątpliwości, że rodząca traci przy tych manipulacjach daleko więcej krwi, aniżeli wówczas, jeśli zaraz wykonywamy obrót.

Ponadto bardzo często zostaje balon wydalony, zwłaszcza jeśli się pociąga za niego, zanim ujście zostanie zupełnie rozwarte. Można do pewnego stopnia zapobiec temu, używając balonu dostatecznie wielkiego i z materjału mało podatnego, ale wówczas wprowadzenie takiego balonu jest trudniejsze, a z drugiej strony w czasie pociągania go zwiększa się niebezpieczeństwo naddarcia szyi.

Powyższe okoliczności tłumaczą chyba dostatecznie, dlaczego metoda ta nie weszła w powszechne użycie.

Polecone swego czasu przez D ö d e r l e i n a cięcie cesarskie pochwowe rzadko obecnie jest stosowane, zwłaszcza odkąd coraz więcej i częściej stosują liczni autorowie cięcie cesarskie szyjne. Zapewne, że zabieg ten ma pewne strony niebezpieczne, ale w od-

powiednich przypadkach można zastosować i polecać go jako bardzo dobry.

Niebezpieczeństwo tkwi w tem, że, jeżeli nacięcie szyi jest niedostateczne, wówczas w czasie wydobywanie płodu bardzo krucha szyja, bo dobrze unaczyniona i dolny odcinek ulegną naddarciu. Niebezpieczeństwo to jest tem większe, im płód jest większy, dlatego też metody tej nie należy stosować przy płodach donoszonych. Natomiast nadaje się ona bardzo dobrze w przypadkach ciąży niedonoszonej, bo wówczas można często przez nacięcie samej przedniej ściany szyi stworzyć dostateczny otwór, przez który swobodnie można wydobyć niewielki płód bez niebezpieczeństwa powstania naddarcia szyi. Wszystko więc zależy tu od należytego wyboru przypadku i dostatecznego nacięcia szyi.

Ponadto metoda ta oddaje nam bardzo dobre usługi w przypadkach, w których wystąpi krwotok silny, zmuszający nas do interwencji, a szyja jest zupełnie niedrożna. Zabieg ten bowiem umożliwia dojście swobodne do jaja płodowego i ukończenie porodu w sposób, jaki w danym razie okaże się najodpowiedniejszy, zależnie od wielkości płodu i rozmiarów otworu sztucznie stworzonego. Nie ulega zaś wątpliwości, że jest to postępowanie racjonalniejsze, aniżeli tamponada pochwy, rozszerzanie kanału szyi rozszerzadłami Hegara i następnie wprowadzenie balonu małego, a później większego, i inne sposoby, jakie dotychczas w tych przypadkach stosowano.

W porównaniu z takiem postępowaniem posiada cięcie cesarskie pochwowe także tę zaletę, że skraca czas trwania porodu i zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia, czego o żadnej wspomnianej metodzie nie można powiedzieć.

Cięcie cesarskie szyjne jest tym zabiegiem, który umożliwia najlepiej opanowanie krwotoku. Zauważyć przytem należy, że bardzo znaczna część autorów poleca ten zabieg ze względu na pewność urodzenia żywego płodu. Dlatego niektórzy nie widzą wskazania do tego zabiegu, jeżeli pod koniec ciąży płód obumrze. Tak samo niemal wszyscy nie uznają cięcia cesarskiego w przypadkach podejrzanych o zakażenie, a wielu nawet w przypadkach, gdy ujście jest rozwarte bardziej aniżeli na 2 palce i to bez względu na czas ciąży. Stanowisko takie dowodzi, że ci autorowie w przypadkach objętych powyższemi zastrzeżeniami nie dopatrują się wyższości cięcia cesarskiego nad innemi sposobami rozwiązania. Rzecz cała inaczej się przedstawi, jeżeli staniemy na jedynie słusznem stanowisku, mianowicie, jeżeli będziemy pamiętać przedewszystkiem o dobru matki, to jest o opanowaniu krwotoku, wówczas musimy stwierdzić, że cięcie cesarskie jest właśnie tym zabiegiem, który umożliwia opanowanie krwotoku na końcu ciąży, a zwłaszcza u pierwiastek, w sposób tak pewny, jak żaden inny zabieg operacyjny. Na podkreślenie zasługuje również ta okoliczność, iż niebezpieczeństwo zakażenia przy tym zabiegu nie jest większe, jak przy każdym innym sposobie postępowania. Sam zabieg bowiem, jako taki, nie może budzić żadnych obaw, o ile zaś idzie o niebezpieczeństwo rozszerzenia zakażenia już istniejącego, to niebezpieczeństwo to istnieje przecież w każdym przypadku podejrzanym, bez względu na to, w jaki sposób go rozwiążemy. Owszem, można nawet twierdzić, że niebezpieczeństwo to po cięciu cesarskiem jest może mniejsze, aniżeli po rozwiązaniu metodami pochwowemi. Albowiem metody pochwowe powodują z konieczności zmiażdżenie tkanek, naddarcia itp. uszkodzenia, które ułatwiają rozszerzanie się zakażenia. Uszkodzenia te są naturalnie tem rozleglejsze, im ciąża jest późniejsza, a z doświadczenia wiemy, że właśnie w tych przypadkach są one prawie nie do uniknięcia. Natomiast można ich uniknąć i unika się rzeczywiście w przypadkach cięcia cesarskiego, przy którem stwarzamy ranę ciętą, nie miażdżymy tkanek, a temsamem stwarzamy korzystniejsze warunki gojenia się rany. Okoliczności te dowodzą chyba dostatecznie, że podejrzenie o ewentualne zakażenie nie może stanowić zasadniczego przeciwwskazania do cięcia cesarskiego. Na korzyść cięcia cesarskiego przemawia także ta okoliczność, że w czasie zabiegu pole operacyjne jest zupełnie przejrzyste i że w czasie wydobywania płodu wykluczone jest powstanie naddarć, lub dalsze przedarcia macicy w kierunku cięcia, o ile jest ono dostatecznie długie. Wreszcie, co jest rzeczą bardzo ważną, w razie niedowładu macicy możemy swobodnie podwiązać naczynia krwawiące. Obawa niedowładu i krwotoku przy tym zabiegu nie jest zresztą wielka, gdyż krwotok ten udaje nam się prawie zawsze opanować odpowiedniemi preparatami na czas zastosowanemi (pituitryna itp.).

W końcu należy zauważyć, że krwawienie jest bardzo nieznaczne, w przypadkach operowanych w znieczuleniu lędźwiowem, choćby cięcie natrafiło na łożysko i choćby znaczna część tegoż mieściła się w dolnym odcinku. Ujemnej strony cięcia cesarskiego można się dopatrzyć chyba w tem, że nie nadaje się ono dla lekarza praktyka z powodów łatwo zrozumiałych.

Wynika więc z tego, że cięcie cesarskie nadaje się jedynie dla zakładów położniczych i klinik, w których w istocie oddaje ono znakomite usługi. Z tego wynika, że każdy przypadek łożyska przodującego należy przekazać do leczenia klinice. Tyczy się to zwłaszcza przypadków ciąży późniejszej, gdyż w miarę rozwoju płodu zwiększa się niebezpieczeństwo tak dla matki jak i dla dziecka. To życzenie leczenia w klinice, niestety, nie zawsze może być spełnione i dlatego jest rzeczą konieczną, aby także lekarz praktyk umiał w każdym przypadku łożyska przodującego wybrać i zastosować odpowiedni sposób, którego głównym celem winno być zapobieżenie, względnie opanowanie krwotoku.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

M. A. Dumas: *Les Hypotensions aigues et subaigues*. Paris. Masson et Cie. 1929. *(Podciśnienia ostre i podostre)*.

Podciśnienia ostre definiuje autor jako chwilową niemiarowość układu utrzymującego ciśnienie na pewnej wysokości stałej, podczas gdy podciśnienie przewlekłe nastawione jest stale na niski poziom. Pośrednie miejsce zajmuje podciśnienie podostre, w którem występuje dążenie serca do wyrównania utraty ciśnienia obwodowego. Względne podciśnienie wystąpić może i u chorych z nadciśnieniem w okresie opadania tegoż i do stopnia niższego, jednak wyższego od prawidłowego ciśnienia. Do najczęstszych postaci ostrego podciśnienia należą: wstrzymanie krążenia wskutek synkope serca, raptowny spadek ciśnienia wskutek zapaści naczyniowej, obwodowej, podciśnienia pokrwotoczne, podciśnienie endokrynnego pochodzenia. Jako wtórne podciśnienia występują te, których objawy zakryte są przez objawy choroby pierwotnej. Przewlekłe podciśnienia mają więc swą przyczynę poza układem sercowo-naczyniowym; podciśnienia ostre zależne są przedewszystkiem od układu sercowo-naczyniowego.

Po tych uwagach wstępnych przechodzi autor do tematu właściwego obejmującego 4 działy: pierwszy zawiera pogląd ogólny, w drugim przedstawione są objawy i etjologja, trzeci dział omawia klinikę podciśnienia ostrego i podostrego w poszczególnych grupach chorobowych, a wreszcie czwarty dział zawiera djagnostykę i terapję.

Dział I.

Z dawien dawna dobrze znane objawy zapaści, zwane dawniej *Syncope cardiaca, paralysis cordis* (Stokes), *myocarditis acuta* (Laennec, Louis). *Dilatatio cordis acuta, anaemia cerebri* i t. p., z chwilą wprowadzenia w użycie mierzenia ciśnienia (Marey, Riva-Rocci, Pachon) uznano jako podstawowe objawy hipotenzji. Pal wprowadza pojęcia przełomów naczyniowych tak nadciśnieniowych, jak i podciśnieniowych (wskutek rozszerzenia naczyń).

Autor omówiwszy szczegółowe poglądy Pala, wspomina pokrótce przełomy podciśnienia z przyczyn mechanicznych i zachowanie się naczyń obwodowych w chorobach zakaźnych (Romberg, Pässler) w otruciach (poglądy Feramminiego z Neapolu: *Angio hypotonia constitutionalis)* i przedstawia swoją własną pracę z r. 1926 (o zaburzeniach krążenia obwodowego), dalej przytacza podział Heitz'a: podciśnienie gwałtowne czyli przedostre i podostre przejściowe, wreszcie wspomina prace angielskie (Lewis, Meekins) i amerykańskie (doniosłość badań nad przemianą spoczynkową). Następnie zwraca autor uwagę na ważność dociekań nad zachowaniem się surowicy (wahania elektro-chemiczne), nad acydozą i alkalozą i nad napięciem osmotycznem proteinów.

Dalsze ustępy rozważają pytania: jakie znaczenie ma ciśnienie krwi (konieczność ciśnienia)? jak wytwarza się i utrzymuje się ciśnienie krwi? jak można stwierdzić niedobory ciśnienia? Spadek ciśnienia pochodzenia naczyniowego, a spadek wskutek zaburzeń czynności serca.

Podział podciśnień ostrych i podostrych pod względem patogenetycznem obejmuje:

1) podciśnienia pochodzenia sercowego;
2) podciśnienia pochodzenia naczyniowego;
3) podciśnienia pochodzenia nerwowego;
4) podciśnienia pochodzenia endokrynnego.

ad 1) Tu należą: wstrzymanie ruchów serca lub tylko komory lewej, albo prawej; napady często-skurczu niemiarowego (Tachyarythmia parox.); niemiarowość zupełna, wyjątkowo występujące przełomy przejściowej hyposystolji, ostra rozstrzeń serca, ostre asystolje z powodu myocarditis, odruchowe niemiarowości; zawały w mięśniu sercowym; dekompensata serca w nadciśnieniu tętniczem; zrosty osierdziowe, podciśnienie wskutek niewydolności lewej komory.

ad 2) W tej grupie mieszczą się krwotoki, tętniaki tętniczo-żylne; ciężkie biegunki, cholera, czerwonka; nagłe i nadmierne moczenie (lecznicze, czy też fizjopatologiczne) nakłucia puchliny brzusznej, opłucnej; stany wstrząsowe; zapaść naczyniowa w chorobach zakaźnych; podciśnienie tętnicze przejściowe wywołane działaniem hamującem n. współczulnego. Podciśnienia ostre i podostre pochodzenia obwodowego tem różnią się od podciśnień serco-pochodnych, że obwodowe mogą być wyrównane przez działanie serca i że są to nie podciśnienia rzeczywiste, lecz jest to „niedomoga ciśnieniowa“ jak je autor nazywa „L'insuffisanse tentionelle“.

ad 3) Podciśnienia zależne od uszkodzenia mózgo-rdzeniowego lub układu współczulnego (Krwotoki mózgowe znaczne; niektóre przełomy naczyniowe (P a l) w przebiegu wiądu rdzenia, czasem przy wyłuszczaniu guzów mózgowych; wstrząs zależny od działania n. współczulnego).

ad 4) Do endokrynnych należą: uszkodzenia nadnercza — (działającego za pośrednictwem n. trzewnego), wprost lub też przez wpływ hamujący n. współczulnego na nadnercze; wyjątkowo działają: przysadka, tarczyca, narządy płciowe; zdarza się i podciśnienie przejściowe zwłaszcza w okresie dojrzewania, czy też przekwitania.

Na zakończenie omawia autor mechanizm powstawania podciśnienia i danych doświadczalnych (uzyskanych zapomocą upustów krwi).

D z i a ł II.

1) zawiera objawy z poza narządu krążenia, 2) objawy dotyczące narządu sercowo-naczyniowego, 3) etjologja 4) odmiany objawów.

Oczywista, że w przypadku zapaści z brakiem tętna i z pewnemi objawami przysłuchowemi nad sercem staje się badanie podciśnienia niepotrzebnem, mimoto — jak sądzi autor — i w tych przypadkach stosowanie oscylometru Pachona daje czasem cenne usługi wykrywając ciśnienie (niewymacalne palcem) na tętnicy sprychowej lub też wykazując niestosunek pomiędzy wysokością ciśnienia a tętnieniem. Na tej podstawie twierdzi też autor, że liczba oznaczająca ciśnienie nie ma znaczenia w ocenie przyczyny — chyba, że dodany jest wskaźnik oscylometryczny. Elektrokardjografji nie można stosować w zapaści, podczas gdy radjoskopja przecież może dać pewne usługi (B o r d e t).

ad 1) Przegląd objawów z poza układu krążenia, obejmuje przypadłości nerwowe: mózgowe i opuszkowe (zawroty, zapaści, drgawki, śpiączka, jako objawy niedokrewności *(Ischaemia, anaemia)* ośrodków nerwowych np. w zespole Adams-Stokes'a, w których ciśnienie tętnicze spada na kilka sekund do zera wskutek zahamowania skurczu komory.

Przedłużający się blok serca, wogóle nagłe osłabienie m. sercowego z gwałtownym spadkiem ciśnienia wytwarza *„coma cardiacum“*. Grupa objawów korowych i psychicznych (zawrotów, zapaści, objawów drgawkowych i śpiączkowych, przejściowej utraty przytomności, majaczeń), nie jest następstwem nagłego zahamowania krążenia, lecz zwyczajnego spadku ciśnienia u chorych dotkniętych już poprzednio podciśnieniem chwilowo pogarszającem się — rzadziej u chorych z prawidłowem poprzód ciśnieniem, zwłaszcza u dziewcząt niedokrewnych, nieraz u osobników młodych z wadami zastawkowemi serca względnie tętnicy głównej.

Ważną rolę odgrywają również zaburzenia wzrokowe nieraz *amaurosis transitoria*, w następstwie krwawienia, względnie krwotoków (żołądkowo-jelitowych: w durze brzusznym, w raku, utrata krwi po upustach krwi, krwawienia z narządów rodnych kobiecych), wytwarzających nagłe spadki ciśnienia. Podobne pochodzenie mają i zaburzenia narządu słuchu. W ogólności zdaje się, że nie sama niedokrwistość lecz, że stany spastyczne, naczyń wywierają znaczny wpływ. Omówiwszy zmiany we krwi, przypadłości przewodu pokarmowego (wymioty, biegunki), białkomocz, obrzęki, objawy płucne — jako następstwa podciśnienia ostrego i podostrego, przechodzi autor do objawów następowych w narządzie krążenia.

ad 2) Autor rozróżnia podciśnienia pochodzenia sercowego — cechującego się najczęściej rozstrzenią serca — podciśnienie pochodzenia naczyniowego. Omówiwszy szczegółowo objawy: częstoskurcz, zwłaszcza w nagle powstałem podciśnieniu, dalej bradykardję najczęściej w przewlocznem podciśnieniu, bradykardję zatokową, bradykardję zespołu Adams-Stokes'a, niemiarowość extrasystoliczną, która może być przyczyną lub też następstwem podciśnienia — przechodzi autor do szczegółowego przedstawienia rytmu cwałowego.

Autor uważa rytm cwałowy — dotąd w związku z nadciśnieniem opisany jako objaw zmniejszającego się ciśnienia wogóle, jako wynik zmniejszonego napięcia *(tonus)* ścian lewej komory. Rytm cwałowy podciśnienia często bywa rozkurczowy i ze wszystkich objawów podciśnienia jest najczęstszym i najdonioślejszym. Co do rozstrzeni serca to spotykamy ją w podciśnieniu pochodzenia tak sercowego (centralnego) zarówno jak i pochodzenia obwodowego.

Również przerost serca napotykany w podciśnieniu podostrem bywa pochodzenia obwodowego, w okresie końcowym niewyrównanym.

Drugi rodzaj obejmuje naczyniowe objawy ostrego i podostrego podciśnienia. Należą tu zaburzenia krążenia tętniczego, żylnego i zaburzenia w zakresie krążenia małego. Trafnie zauważa autor, że maksimum 15 centymetrów może być uważane jako podciśnienie u chorego (z nadciśnieniem), które przedtem przekraczało 20, podczas gdy u osobnika prawidłowego maksimum 10 musi być uważane jako podciśnienie, a tembardziej liczby poniżej 10. W takich rozważaniach zastanawia się autor nad modyfikacjami amplitudy tętna w podciśnieniu ostrem i podostrem, nad cechami tętna w podciśnieniu, nad zespołami krążeniowemi, podciśnienia i nad pytaniem, czy można ze stanu ciśnienia i tętna (tętniczego) rozeznać pochodzenie sercowe, czy też naczyniowe i wyodrębnić zespoły krążeniowe podciśnienia. Odpowiedź jednak nie wydaje się dość ścisłą. Na zakończenie tego rozdziału znajdujemy krótkie omówienie stanu krążenia żylnego, oraz krążenia płucnego w ostrych podciśnieniach.

ad 3) Etjologja obejmuje warunki zjawienia się w klinice ostrych i podostrych podciśnień. Nietylko stan poprzedni chorego, wiek, przebyte zakażenia, stan wagotoniczny, tło chorobowe (podciśnienie przewłoczne, nadciśnienie tętnicze) stałe z przełomami podciśnieniowemi wskutek nagłej niedomogi (po krwawym zawale m. sercowego), ale i szereg chorobotwórczych czynników właściwych odgrywa rolę. Tu należą ostre stany i przewłoczne zakaźne (gruźlica, schorzenia nadnerczy, wiąd rdzenia) stany niedokrewności i t. p.

ad 4) Autor wyróżnia w ostrych postaciach podciśnienia: postacie z omdlewaniami *(forme syncopale)*: a) grupę wzruszeniową u osób młodych; b) grupę sercową wskutek zaburzeń przewodnictwa, nieraz z przypadłościami padaczkowatemi (zespół Adams-Stokes'a); c) grupę wskutek niemiarowości np. w częstoskurczu napadowym; dalej postacie z zawrotami, postacie psychiczne, drgawkowe i śpiączkowe (u osób młodych, u chorych z niedomykalnością zast. t. gł.):

P o s t a c i e b o l e s n e: przełomy naczyniowe P a l'a z bólami, zwłaszcza brzusznemi w przełomach podciśnieniowych, postacie z zaburzeniami narządu trawienia w przypadkach podciśnienia ostrego: wymioty i biegunka. W postaciach z dusznością, dychawicą lub pokrzywką, w których przełomy podciśnieniowe są zależne od wstrząsu anafilaktycznego (hemoklazja trawienna). Wreszcie postać sercowa podciśnienia ostrego, pochodzenia obwodowego — którego następstwa objawiają się na sercu starającemu się wyrównać niedomogę ciśnienia obwodowego“.

D z i a ł III.

Dział ten zatytułował autor: „S t u d j u m k l i n i c z n e“. Obejmuje ono trzy części.

W p i e r w s z e j c z ę ś c i (choroby zakaźne) mamy wykresy prawidłowego ciśnienia tętniczego w przebiegu gorączki durowej w związku z krzywą ciepłoty i tętna. Naogół z pewnem odchyleniem — ciśnienie opada w miarę, jak ciepłota wzrasta, a tętno się przyśpiesza. Maksimum jednak podciśnienia opaźnia się w odniesieniu do maksimum ciepłoty. Cechą tętna w durze brzusznym bywa czasem *anisofigmia* i chwiejność ciśnienia. Wskaźnikowi oscylometrycznemu przypisuje autor ważne znaczenie i również odruchowo w przebiegu chorób zakaźnych nagle rozwijającym się, zmianom ciśnienia *(La sideration tensionelle)*.

Zajmujące są szczegóły, dotyczące podciśnienia w przebiegu zapalenia płuc, u ludzi przedtem zdrowych, u starców, u osób z nadciśnieniem, wreszcie uwagi o podciśnieniu w okresie uzdrowienia.

W c z ę ś c i d r u g i e j (działu trzeciego) mowa o podciśnieniach w przebiegu schorzeń serca. W ogólnej niedomodze serca w nagłym spadku ciśnienia wskutek zaburzeń rytmu zwłaszcza w *tachy-arytmjach z „salwami“* i w zespole *Adams-Stokes'a*, obecnie lepiej poznanych dzięki elektrokardjografji i filmów elektrokarjograficznych (brak tętna sprychowego przy stwierdzonych prądach elektrycznych, wśród zapaści, drgawek i t. p. opisali G a l l a v a r d i n et R o u g i e r).

Przedstawiwszy nagły spadek ciśnienia wskutek niedomogi serca odruchowej, niedomogi ostrej serca, ostrej rozstrzeni po wysiłkach, w niektórych zakażeniach, u chorych z nadciśnieniem wskutek nagłej niewydolności lewej komory, przypadki ostrego podciśnienia w zawale krwawym *(Infarctus)* mięśnia sercowego

(rytm cwałowy, zmiany elektrokardjogramu, wybitny częstoskurcz typu *tachyc. paroxysmalis*), przechodzi autor w t r z e c i e j c z ę ś c i (działu trzeciego) do podciśnień ostrych i podostrych w przebiegu niektórych schorzeń trzew. W schorzeniach wątroby, jej niedomoga wyraźnie obniża ciśnienie; w marskości ciśnienie w zakresie krążenia żyły bramnej bywa wzmożone, podczas gdy w krążeniu obwodowem stwierdzamy podciśnienie; w żółtaczkach zakaźnych spadek ciśnienia pozostaje w zależności od nasilenia żółtaczki, również w ropieniach wątroby, zwłaszcza pochodzenia pełzakowatego występuje wyraźny spadek ciśnienia. Podciśnienie w przypadkach raka przewodu pokarmowego — mimo dostatecznego żywienia się chorego — może mieć wartość rozpoznawczą, a bardziej jeszcze prognostyczna przed zamierzoną operacją. W chorobach, którym towarzyszą obrzęki surowicze — nie spowodowanych schorzeniem serca — podciśnienie pozostaje w związku ze zmianami ciśnienia osmotycznego proteinów względnie krystaloidów i zwiększoną przepuszczalnością naczyń włosowatych. Nakłucie surowiczych wysięków — zwłaszcza opłucnowych lub brzusznych — obniża czasem ciśnienie, zaś w wodniakach opłucny pochodzenia sercowego nieraz przeciwnie wzmaga ciśnienie.

C z w a r t a c z ę ś ć działu trzeciego omawia podciśnienia ostre i podostre w przebiegu chorób układu nerwowego. W udarze mózgowym wskazuje znaczny spadek ciśnienia na obfity krwotok; stateczny spadek ciśnienia, jeżeli ciepłota wzrasta — również jednak raptowny wzrost ciśnienia, każą rokować źle. Korzystniejszem będzie rokowanie — po napadzie — gdy ciśnienie, wprawdzie niższe, niż dawniej — jednak utrzymuje się na stałym poziomie. Po trepanacji dekompresyjnej, po wyłuszczeniu guzów mózgowych — stwierdza się zazwyczaj znaczny spadek ciśnienia — również i po nakłuciu lędźwiowem (odruch naczynioweruchowy).

Omówiwszy podciśnienia ostre i podostre w przewłocznych schorzeniach układu nerwowego, przechodzi autor do podciśnień w postaciach połączonych z zapaścią gwałtowną (czasem śmiertelną) lub z zapaścią przedłużającą się (w napadach dychawicy, czasem w migrenie, a zwłaszcza w anafilaksji żywnościowej i t. p.).

Dość szczegółowo przedstawione są następnie podciśnienia ostre i podostre pochodzenia endokrynnego; wskutek niedomogi nadnercza (rzadki przypadek zwyrodnienia serowatego obu nadnerczy — u młodego mężczyzny rzekomo przedtem zdrowego — śmierć po kilku dniach wśród wzmagającej się zapaści), lub pochodzenia wielogruczołowego.

Na zakończenie podano uwagi o inwolucji ciśnienia (względne podciśnienie u chorych z nadciśnieniem, u których stopniowo zmniejsza się ciśnienie coraz bardziej), a wreszcie opis przypadków rożnorakiej etjologji z utratą napięcia tętnic *(La tonicité artérielle)* — z początkowym okresem wyrównanego podciśnienia, przechodzącego w wyraźne podciśnienie.

D z i a ł IV.

Dział ten zawiera rzecz o rozpoznaniu podciśnień ostrych i podostrych, oraz ich leczenie. W przypadkach mózgowoopuszkowych należy ustalić, czy stwierdzić się da angiospazm u chorego z nadciśnieniem, czy też mamy przed sobą ischemję u osobnika z podciśnieniem — u których również łatwo występują skurcze naczyniowe.

W zespole Adams-Stokes'a najczęstsze bywają przypadłości mózgowe. Pamiętać należy, że nieraz przypadek uważany za anginę sercową jest właściwie przypadkiem bolesnego napadu tachyarytmji z kurczami, bólami głowy i zawrotami. W napadach drgawkowych typu padaczkowatego należy wykluczyć padaczkę istotną. Rozumie się samo przez się, że w przypadkach zapaści należy pamiętać o możliwościach niedomogi nadnercza, niedomogi wielogruczołowej, krwotokach, zawale krwawym w m. sercowym i t. p.

W podciśnieniach podostrych należy pamiętać o podciśnieniu względnem, występującem u hypertoników (inwolucja ciśnieniowa), lub w często powtarzających się krwawieniach, w pogarszającym się wyrównaniu wad sercowych i t. d.

Leczenie samego podciśnienia obejmuje leki nasercowe, leki skrzepiające serce lub naczynia *(Digitalicia, oubaïna*, adrenalina organoterapja). Tam gdzie przyczyny nieznamy, stosujemy leczenie ogólne wzmacniające (wodolecznictwo, leczenie fosforem, arsenem, strychniną). W zakaźnych chorobach kąpiele chłodne. W przypadkach „inwolucji ciśnieniowej" u hypertoników nie należy usuwać podciśnienia względnego najczęściej korzystnego dla chorego.

W końcu streszcza autor swoją pracę w czterech tezach o podciśnieniach podostrych i ostrych w schorzeniach ogólnych zwłaszcza z zakaźnych, dalej o podciśnieniach sercowo-naczyniowego pochodzenia o inwolucji podciśnieniowej hypertoników.

Jakkolwiek dotkliwie czytelnik odczuwa pewien brak należytej przejrzystości przy nagromadzeniu ogromu szczegółów, praca stanowi przecież cenną monografję podciśnienia podług obecnego stanu nauki.

Pisek (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie.

Medycyna, nr. 1, z r. 1931: A. S a b a t o w s k i: Nowe kierunki w balneoterapji. — T. B u t k i e w i c z: W sprawie rozpoznawania i leczenia operacyjnego bąblowca wątroby. — W. H. M e l a n o w s k i: Urazy narządu wzroku w świetle danych kliniki ocznej Uniw. warszawskiego od r. 1921 do r. 1929. — J. K o n i e c p o l s k i: Kilka słów w sprawie artykułu Dra Włodz. Mikułowskiego p. t. „O samorodnym durze brzusznym".

Wiadomości weterynaryjne, rok XII, tom IX, nr . 125, z grudnia 1930: P. Ż ó c h o w s k i: Dalsze badania nad pomorem świń.— M. M a r c z e w s k i: Państwowa i samorządowa służba weterynaryjna w Anglji.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 2, z 11 stycznia 1931: A. F i l e m o n o w i c z: Acidum hydrochloricum officinale. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Kobieta współczesna, nr. 2, z r. 1931: J. R y n g m a n o w a: Praca zarobkowa kobiet ciężarnych.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 2, z 8-go stycznia 1931: M. S z o u r: O niektórych najnowszych metodach i sposobach leczenia dychawicy oskrzelowej (dok.). — L. S z y f m a n i J. K o k o t e k: Przypadek posocznicy meningokokowej, wyleczony trypaflawiną. — J. T e n c e r: O zawrocie głowy (streszcz. pogl., dok.). — Wł. S z e n a j c h: O pogardzie dla pieniądza.

Wychowanie fizyczne, rok XII, nr. 1, z r. 1931: S. F r y e r: Co twierdził Rousseau o sprawach wychowania fizycznego? — P. K l a m r z y ń s k i: Rozwój fizyczny poborowych powiatu Błońskiego. — E. P i a s e c k i: Wychowanie fizyczne w Rumunji. — A. P i g o n i ó w n a: Zasadniczy zarys opowieści ruchowej dla dzieci od 5—8 lat. — W. Z a w r o c k i: Ćwiczenia na łodzie.

Lekarz Polski, rok VII, nr. 1, z 1 stycznia 1931: W. C h o d ź k o: Uzdrowotnienie wsi na terenie Ligi Narodów. — S. R u d z k i: Ustawodawcza walka z gruźlicą (c. d.). — W. O s m ó l s k i: Wpływ nauk lekarskich na doktrynę wychowania fizycznego. — W. G r z y w o - D ą b r o w s k i: Uwagi do rozdziału XXXIV projektu kodeksu karnego Komisji kodyfikacyjnej. Przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. — A. S z n i o l i s: Prace nad uzdrowotnieniem wsi Nieporęt (pow. warszawski). — M. S k o k o w s k a - R u d o l f o w a: Organizacja zakładów przeciwgruźliczych w związku ze współczesnemi metodami leczenia gruźlicy. — M. B a b e c k i: W sprawie reformy nauczania lekarskiego. — Medycyna współczesna zagranicą. — Z ubezpieczeń społecznych. — W. J e ż e w s k i: Nowa organizacja Kas chorych.

Przemysł chemiczny, rok XV, nr. 1, z r. 1931: Z. L e p p e r t: Nowa metoda oznaczania liczby kwasowości Kopali. — A. K r a u s e i W. K l u k a: Oczyszczanie sody kaustycznej otrzymanej metodą wapienną. — K. K l i n g i J. P f a n h a u s e r: O racjonalnym sposobie pobierania prób węgla kamiennego do analizy chemicznej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.
La Presse Médicale.

Nr. 50, 1930.

S c h a e f f e r: *Neuritis periferica et graviditas. Zapalenie nerwów obwodowych a ciąża.*

U kobiet ciężarnych występują dwojakiego rodzaju zapalenia nerwów obwodowych: 1) dobrotliwe, przemijające, zlokalizowane — łatwo przystępne leczeniu; 2) forma ciężka, często ogólne *neuritis*, a czasem nieuleczalna.

Co do patogenezy, to zdaniem autora, polega ona na samozatruciu, spowodowanem sub.tancjami pochodzącemi z placenty, po części zaburzeniami w wewnętrznem wydzielaniu towarzyszącem ciąży.

Leczenie polega na stosowaniu tych samych środków, co w zapaleniu nerwów z innej przyczyny, t. z. masaże, uruchomienie kończyn, diatermja, elektryzowanie, strychnina i t. d., oraz leczenie ogólne, w ciężkich wypadkach sztuczny poród.

Castle: *Leczenie niedokrewności złośliwej metodą Castle'a.* Castle na podstawie licznych i pięknych doświadczeń doszedł do wniosku, że podawanie żołądka lub wyciągów z żołądka jest tak samo skuteczne i daje bardzo dobre wyniki jak stosowanie wątroby. Badania Castle'a rzuciły równocześnie światło na patogenezę tego cierpienia. Mianowicie brak kwasu żołądkowego (stały objaw przy niedokrwistości złośliwej) powstrzymuje tworzenie się czynnika odżywczego potrzebnego do stałego odnawiania się i tworzenia ciałek czerwonych krwi. Podawanie wątroby lub żołądka stanowi bodziec do tworzenia się tego czynnika i na tem polega ich skuteczność.

Nr. 55, 1930.

M. Chiray i P. Auy: *O kilku mniej znanych rodzajach krwotoków żołądkowo-dwunastnicowych.*

Najczęściej przyczyny *haematemesis i melaena* odnoszą się do wrzodu lub raka przewodu pokarmowego; następnie do zaburzeń w krążeniu żyły bramnej, jak to się zdarza w schorzeniach wątroby i serca.

Autorowie na podstawie swojej kazuistyki wykazują, że przyczyną krwotoków żołądkowo-jelitowych może być *periduodenitis secundaria* w przebiegu zakażeń przewlekłych okolicy *ileo-coecalis*, następnie *appendectomia* zapóźno wykonana lub nieodpowiednio wykonana, również *duodenitis congestiva* przy niedomodze jelita zstępującego.

Wobec rozmaitych przyczyn krwawień żołądkowo-jelitowych pochodzenia pozażołądkowego, autorowie sądzą, że można tu znaleść wytłumaczenie pewnych objawów klinicznych niejasnych, np. takie jak gwałtowna *haematemesis* przy nadżerce „Dieulafoy", gwałtowna hematemesis przy histerji. Dokładne badania anatomo-patologiczne *„in vivo"* na jakie dzisiaj pozwala chirurgja i radjologja, wykazują często, źródło objawów; przypadłości w przebiegu *perityphlitis*, w *periduodenitis* albo w zniekształceniu jelita grubego, które też są powodem krwawienia, *melaena* i *haematemesis.*

Nr. 56, 1930.

B. Desplas i J. Dalsace: *Żółć czarna.* Autorowie podają swoje obserwacje i doświadczenia w następujący sposób:

1) Istnieje zespół anatomiczno-kliniczny: a) klinicznie: zaburzenia przewodu pokarmowego i zaburzenia psychiczne; b) anatomicznie: pęcherzyk żółciowy rozszerzony zawierający żółć czarną, przeważnie aseptyczną. Obraz kliniczny tego schorzenia był zestawiony i opisany przez Chiray'a.

2) Zabieg chirurgiczny wykazuje w tych przypadkach żółć czarną pochodzącą z wątroby.

3) Wśród rozmaitych zmian w ilości i jakości żółci zebranej stwierdza się znaczną różnicę między żółcią wydzielaną w dzień, a żółcią wydzielaną w nocy. Ostatnia jest znacznie ciemniejsza i obfitsza.

4) Chorzy odzyskują w tem cierpieniu zdrowie przez zabieg chirurgiczny w połączeniu z leczeniem wewnętrznem i wodami mineralnemi.

5) Ci chorzy nie mają cierpienia zlokalizowanego w woreczku żółciowym, ale mają chorobę wątroby lub ogólną.

Nr. 57, 1930.

M. Surmont i R. Bouttiaux: *Szczepienie swoiste w colitis gravis — warunki skuteczności tego leczenia.*

Autorowie na podstawie licznych doświadczeń i poszukiwań kliniczno-bakterjologicznych dochodzą do następujących wniosków: *colitis* lekka powstaje zwykle przez zaostrzenie wirulencji drobnoustrojów zwykle przebywających w jelitach, a mianowicie *bacterium coli i enterococcus. Colitis gravis* wywołują rozmaite bakterje, nie znajdujące się zwykle w jelitach — rozmaitego pochodzenia.

Autorowie polecają bardzo gorąco w *colitis gravis* szczepienie swoistą szczepionką. Jeżeli leczenie to ma być skuteczne muszą być następujące warunki:

1) szczepionka musi być zrobioną wyłącznie z bakteryj wywołujących *colitis;*

2) co do postaci tej szczepionki, to powinna to być mieszanina bakteryj bardzo osłabionych w swej zjadliwości, endotoksyn i ektotoksyn;

3) najlepszym sposobem podawania szczepionki jest *per os;*

Dwa lub trzy razy przeprowadzone leczenie szczepionka swoista w odstępach kilkotygodniowych, prowadzi — wedle autorów — do zupełnego wyleczenia *colitis gravis.*

Dr. F. Reichowa.

Piśmiennictwo amerykańskie.

American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Vol. XX. Nr. 1, July 1930.

C. F. Fluhmann (San Francisco, Calif.): *Znaczenie hormonu przedniego płatu przysadki we krwi chorych ginekologicznych.*

Autor pragnął przekonać się, czy próba Aschheima-Zondeka nie mogłaby służyć również do wykrywania i rozróżnienia różnych schorzeń ginekologicznych, zwłaszcza tych, które polegają na zaburzeniach wydzielniczych. W tym celu pobierał 20 ccm krwi z żyły łokciowej, a surowicę wstrzykiwał 2 razy dziennie po 0.5—1 ccm niedojrzałym jeszcze płciowo białym myszkom. Po 3—4 dniach myszki zabijał, a jajniki utrwalone w płynie Zenkera badał drobnowidowo na obecność wszystkich trzech odczynów (według wspomnianych autorów). Ogółem autor zbadał 319 chorych i zdrowych kobiet w różnych okresach i stanach. Przekonał się, że próba ta nie jest dostatecznie czuła dla wykazywania we krwi hormonów przedniego płatu przysadki w warunkach prawidłowych i dlatego dodatni jej wynik jest dowodem nadmiernej czynności wydzielniczej tego gruczołu. Jest to zatem niewątpliwy postęp pozwalający do pewnego stopnia ocenić czynność tego narządu.

Wyniki swych doświadczeń podzielił autor na liczne grupy i przedstawił zapomocą tablic. Ogólnie zaś stwierdzić można, że wyniki dodatnie miał u ciężarnych, poza ciążą zaś u kobiet wykazujących brak czynności jajników, po zniszczeniu ich promieniami Roentgena i po przekwitaniu. Do grupy tej zaliczył również kilka przypadków braku miesiączki na tle zaburzeń czynnościowych, przewlekającej się i obfitej miesiączki u kobiet starszych po przekwitaniu, jakoteż kilka kobiet z nieregularnemi, za częstemi i bolesnemi miesiączkami. Autor nie zna przyczyny, dla której ostatnio wymienione przypadki dawały dodatni odczyn próby, sądzi jednak, że może to być wynikiem nadmiernej czynności przysadki.

Ujemne wyniki otrzymał autor z krwią kobiet zdrowych i prawidłowo miesiączkujących, u chorych przed 40-tym rokiem życia ze zmianami anatomicznemi np. rak szyi macicy, mięśniakowłókniaki, sprawy zapalne w miednicy małej i gruczołowy przerost błony śluzowej macicy, a także u kobiet z niedomogą jajników, objawiającą się brakiem miesiączki, krótkiemi i skąpemi, choć regularnemi, lub stale opóźniającemi się miesiączkami.

J. V. Meigs (Boston, Mass.): *Dobrotliwe krwawienia maciczne według podziału Shawa.*

Zajmujący się sprawą krwawień macicznych pochodzenia niezłośliwego Wilfred Shaw w „The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire" (1929, Nr. 36), podzielił cały swój materjał na 5 grup.

Do pierwszej grupy zaliczył on przypadki z t. zw. *„metropathia haemorrhagica"* Schrödera. Były to przeważnie chore między 40—50 r. życia, które dotychczas prawidłowo miesiączkowały, gdy nagle jedna miesiączka nie zjawiała się. Następna pojawiła się w prawidłowym czasie, lecz przy końcu wystąpiło krwawienie. U niektórych kobiet krwawienie to było nawet dość silne i trwało trzy do ośmiu tygodni. Ów jednorazowy brak miesiączki nie jest jednak istotnym szczegółem tej postaci chorobowej, często bowiem krwawienie występuje jako następstwo prawidłowej miesiączki, bez przerwy poprzedzającej. Badanie ginekologiczne wykazuje w tych przypadkach macicę prawidłową pod względem kształtu lub tylko nieznacznie powiększoną. Ten typ krwawienia macicznego wykazuje wyraźny związek pomiędzy czynnościowem zaburzeniem błony śluzowej macicy i jajników.

Na podstawie badania drobnowidowego macicy i jajników uzyskanych w kilku przypadkach drogą operacji, tłumaczy Shaw w następujący sposób tę postać chorobową. Zmieniona chorobliwie błona śluzowa macicy działa na jajniki, powstrzymuje dojrzewanie pęcherzyków i tworzenie się ciałka żółtego. Jajniki wytwarzają toksynę działającą na błonę śluzową w okresie przedmiesiączkowym zmiany zaś powierzchownych warstw błony śluzowej są przyczyną krwawienia.

Leczenie tej grupy chorych ogranicza się do wyskrobania wnętrza macicy u młodych kobiet, u starszych zaś w grę wchodzi naświetlanie Roentgenem, radem, a nawet radykalna operacja.

Do drugiej grupy zalicza Shaw t. zw. przypadki „epimenorrhoiczne". Wiek nie stanowi pewnego kryterjum, jakkolwiek najczęściej są to chore od 40 do 50 roku życia.

Jest to najczęstsza i najbardziej typowa postać. Przyczyną krwawienia jest wcześniejsze, aniżeli prawidłowo, jajeczkowanie i zbyt częsty rytm jajnikowy,

Zaburzenia w czynności jajników tłumaczą za częste miesiączki. Ciałko żółte, jakkolwiek nie wykazuje nieprawidłowości, nie ulega dostatecznym zmianom wstecznym, a liczba torbieli pęcherzyków jest większa niż prawidłowo.

Leczenie nie różni się zasadniczo od leczenia stosowanego w poprzedniej grupie.

Grupa trzecia obejmuje t. zw. przypadki „hypomenorrhoiczne", u których cykl miesiączkowy przedłuża się od 35 do 42 dni lub trwa nieregularnie od 3—6 tygodni. Badanie ginekologiczne nie wykrywa zwykle zmian, jajniki zaś są zgrubiałe, hyperemiczne i zawierają duże pęcherzykowe krwiaki. Zaburzenia w jajnikach powodują przekrwienie i obrzęk błony śluzowej macicy.

Grupa czwarta obejmuje „typy metrorrhagiczne". Chore mają prawidłowe miesiączki i w normalnych odstępach czasu. Jednak pomiędzy miesiączkami zjawiają się upławy zawierające domieszkę krwi. Może nawet wystąpić czysta krew. Towarzyszy im silny ból w krzyżach. Upławy te ustają zawsze przed rozpoczęciem miesiączki. Kobiety te są płciowo bardzo czynne. Jako jedyna zmiana anatomiczna występuje przekrwienie błony śluzowej macicy.

Ostatnia grupa (piąta) obejmuje przypadki ze zmianami zapalnemi.

Trzymając się ściśle wskazań i schematu Shaw'a, Meigs zbadał 243 przypadków kobiet krwawiących i stwierdził, że w 66 przypadkach nie było przyczyny chorobowej dla krwawienia, czyli, że przypadki te odpowiadały schematowi Shaw'a. Leczenie potwierdziło trafność rozpoznania. Np. na 27 przypadków leczonych wyciągami ciałka żółtego i tarczycy w 22 przypadkach krwawienia ustały w zupełności. Autor wyciąga stąd wniosek, że leczenie wyciągami gruczołów dokrewnych zwłaszcza ciałka żółtego, ma swe naukowe i kliniczne uzasadnienie.

K. Wiślański (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.
Klinische Wochenschrift.

Nr. 14, 1930.

Prof. Bauer: *Przysadka mózgowa a wzrost.* (Artykuł poglądowy).

Morawitz i Schoen: *Zakażenie ogniskowe a wyłuszczenie migdałków.*

Zakażenie reumatyczne jest następstwem zakażenia ogniskowego, które często ma siedzibę w jamie ustnej. Do odległych następstw przychodzi nietylko dzięki przerzutom bakteryjnym i działaniu toksyn, lecz dzięki zmienionej uprzednio wrażliwości ustroju. By usunąć źródło zakażenia wyłuszcza się często migdałki, zabieg ten należy wykonywać w 6—8 tygodni po ustąpieniu ostrych objawów. Wyłuszczenie migdałków przy powtarzających się anginach i reumatyźmie stawowym — posiada znaczenie zapobiegawcze, jednak nawroty mogą wystąpić po wyłuszczeniu, jakoteż nie pojawiać się przy zachowanych migdałkach. Wartość lecznicza wyłuszczenia migdałków da się ocenić, o ile się ją przeprowadzi w czasie trwania objawów chorobowych. Do tego nadają się: podostry reumatyzm stawowy, przewlekłe stany zapalenia wsierdzia, zapalenia nerek o przebiegu powolnym. W ostro przebiegających schorzeniach wyłuszcza się migdałki wtedy, gdy są one widocznem źródłem zakażenia.

Eppinger, Laszlo, Rein i Schürmeyer: *O zaburzeniach krążenia wewnątrz chorej nerki.*

Nerka jest najbardziej ukrwionym narządem, przez 1 g miąższu nerki przepływa przeciętnie 2.5 cm^3 krwi na minutę, przez obie nerki w tym samym czasie przepływa tyle krwi, co przez kończyny dolne. Pod wpływem czynników szkodliwych krążenie w nerce łatwo ulega zaburzeniom. W ostrych zapaleniach pierwotną sprawą jest skurcz naczyń nerkowych, zmiany komórkowe nekrotyczne w zakresie kłębuszków są wtórnemi. Barwik zastrzyknięty zdrowym królikom do lewego przedsionka wypełnia wszystkie kłębuszki, jakoteż liczne naczynia włosowate międzykanalikowe. Po uprzedniem podaniu pryszczawki *(cantharides)* da się stwierdzić w niektórych tylko kłębuszkach, naczynia międzykanalikowe wolne są od barwika, w moczu zjawia się krew i białko.

Zaburzenia przy zatruciu sublimatem przedstawiają się podobnie. Pod wpływem sublimatu i pryszczawki występuje uszkodzenie specjalne krążenia nerkowego, charakteryzującego się zwolnieniem prądu krwi; korzystnie na tego rodzaju zaburzenia wpływa stosowanie diatermji, zwłaszcza w nerce sublimatowej.

Prof. Zondek: *Leczenie jodem choroby Basedowa.*

Autor zaleca podawanie rozczynu Lugola w chorobie Basedowa, zwłaszcza w przypadkach nadających się do zabiegu operacyjnego. Należy podawać 12—20 dni przed zabiegiem po 10 kropli płynu L. 2—6 razy dziennie, po zabiegu przez 6—8 dni 3 razy dziennie po 5 kropli, w dniu operacji 50—100 kropli. Pod wpływem leczenia jodem zamienia się struma basedowiana w banalną *struma colloides.*

Prof. Lipschütz: *Odróżnianie jodu tyroksyny od jodu nieorganicznego.*

Pierach: *O osłuchiwaniu i opukiwaniu.*

Ewig i Hinsberg: *Oznaczanie ciśnienia kwasu węglowego w układzie żylnym.*

Hallerman i Kähler: *Podział zapalenia płuc na typy i leczenie surowicą.*

Wyosobnienie paru typów pneumokoków doprowadziło do leczenia zapaleń płuc surowicą. Amerykanie dzielą pneumokoki na 4 typy, w zapaleniach płuc najczęściej spotyka się typy 1 i 2. Stosuje się zazwyczaj surowicę wielowartościową, gdy uda się wykryć pewien typ w danem zapaleniu, skuteczną jest surowica swoista.

Prof. Rosenow: *Leczenie niedokrewności złośliwej postępującej suchym żołądkiem świń.*

Castle wyraził zapatrywanie, że bezsoczność żołądkowa w niedokrewności złośliwej nie jest tylko objawem, lecz posiada znaczenie przyczynowe w powstawaniu tego cierpienia. Autor ten przyjmuje niedostateczne lub wadliwe rozszczepienie białka. W swych doświadczeniach podawał chorym na *an. pernic.* 200 do 300 g surowego mięsa —obraz krwi nie ulegał zmianie. Po podaniu zaś mięsa przyprawionego kwasem solnym wzrastały szybko wartości ciałek czerwonych i hemoglobiny. Pod wpływem soku żołądkowego na mięso wytwarza się ciało (enzym), które w *an. pernic.* działa podobnie jak wątroba. Inni badacze stosowali w *anaemia pernic.* wysuszone żołądki świń w ilości 15—30 g dziennie, obraz krwi wybitnie się poprawiał, osiągano nawet stan prawidłowy. Nie ulega wątpliwości, że podobnie jak wątrobą można leczyć *anaemia pernic.* wysuszonym żołądkiem świń. Leczenie to jest o wiele tańsze niż wątrobą.

Lewinthal: *O etjologji choroby papuziej.*

Jakobitz: *Dodatni odczyn Weil-Felixa w chorobie Banga.*

Schultz: *Znaczenie migdałków w zakażeniach.*

Sprawca *tonsillitis* dostaje się nietylko przez migdałki, wchodzą w rachubę takie drogi jak nos, krtań, jama ustna, spojówki. Migdałki są miejscem manifestacyjnem infekcji ogólnej, raczej bramą „wyjazdową" niż „wjazdową" infekcji. Rozstrzygającym czynnikiem, który prowadzi do zajęcia migdałków jest obok zarazka z jednej strony przypadkowa gotowość tego narządu do schorzenia. Schorzałe migdałki, będące miejscem „manifestacyjnem" zakażenia mogą wtórnie zakażać inne narządy i prowadzić do przewlekłych stanów septycznych.

Nr. 15, 1930.

Prof. Heymans: *Stosunki między parciem krwi, częstością akcji serca, napięciem naczyń krwionośnych i wentylacją płuc.* (Artykuł poglądowy).

Prof. Curschmann: *Dziedziczne krwawienia z nosa jako wyraz rzekomej krwawiączki.*

Przypadek dotyczy żyda, który od młodości miewa częste krwawienia z nosa, u którego w rodzinie już od ojca pojawiają się krwawienia z nosa zarówno u mężczyzn jak i u kobiet. U dwu osób w wieku około 50 lat krwotoki te doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Badanie pacjenta wykazało tylko wybroczyny na podniebieniu, wargach i policzkach, pozatem błony śluzowe bez zmian, ilość płytek prawidłowa, czas krwawienia i krzepnięcia nie przedłużony, objaw Rumpel-Leed'a ujemny, obraz krwi prawidłowy, W. ujemny, miernie powiększona śledziona. Drugi przypadek analogiczny. Leczenie: naświetlanie śledziony promieniami Roentgena.

Prof. Zondek: *O hormonie przedniego płatu przysadki mózgowej.* (C. d. z nr. 1, 1930).

Jadassohn Werner: *Opadanie krwinek w gruźlicy i liszaju strzygącym u świnek morskich.*

Zmiany zapalne w skórze wywołane przez *trichophiton* przebiegały z przyspieszonem opadaniem krwinek czerwonych, z chwilą wygojenia klinicznego wartości opadania powracało do stanu prawidłowego. W liszaju strzyg. u świnek morskich przy pierwszem oraz powtórnem zakażeniu widoczna jest zupełna równoległość pomiędzy przebiegiem sprawy zakaźnej, a krzywą szybkości opadania krwinek. W gruźlicy szybkość opadania osiągała swe maksimum między 14—38 dniem od chwili zakażenia. Zwierzęta zakażone gruźlicą śród- i podskórnie tą samą dawką wykazywały większe wartości opadania przy zakażeniu śródskórnem. Doświadczenia wykazywały tu, że prawidłowe opadanie krwinek nie wyklucza bynaj-

mniej istnienia gruźlicy, jakoteż przy postępowaniu sprawy chorobowej szybkość opadania krwinek może się zmniejszać. Objaw opadania należy traktować jako miarę obrony ustroju przeciw infekcji.

Heckenbach. *Badanie sprawności nerek przy wydzielaniu uroselectanu.* W celu wykonania pyelografji stosuje się dożylnie uroselectan, który wydzielany jest z moczem. Z ilości wydzielonej tej substancji i zawartości jodu można otrzymać wskazanie co do sprawności nerek. Cenne wyniki otrzymuje się zwłaszcza przy obustronnem schorzeniu nerek. Przy sprawnych nerkach otrzymuje się z powrotem 60—80% wstrzykniętej substancji.

Czygan. *Leczenie stanów zapalnych dróg żółciowych z rozpoczynającym się zanikiem wątroby przy zupełnem zamknięciu przewodu żółciowego.* W 3 przypadkach ciężkiego stanu zapalnego dróg żółciowych z zamknięciem od dłuższego czasu przewodu żółciowego dobre wyniki otrzymano przez kilka razy dziennie przeprowadzane sondowanie dwunastnicy oraz zastrzyki insuliny i dekstrozy z papaweryną. Przez sondę wlewano do dwunastnicy 1 cm^3 adrenaliny rozcienczonej w 5—10 cm^3 wody.

Sincke. *Grupy krwi na półwyspie Kola.*

Gerson. *Wyniki dietetycznego leczenia gruźlicy skóry.* (Odpowiedź na artykuł Wichmanna K. W. r. 1929). Autor podaje parę przypadków gruźlicy skóry wyleczonych dietą H. S. G. Między innemi u 11-letniego dziecka ze spondylitis tbc. z jednoczesnym tocznieni skóry pod wpływem diety H. S. G. zabliźniły się nietylko zmiany skórne ,lecz też zagoiło się bez opatrunku gipsowego schorzenie kręgów.

Neumann. *Technika mierzenia ciśnienia krwi u zwierząt.*

Einstein i Störmer. *Wpływ syntaliny B przy diecie ubogiej w węglowodany na stany podniecenia motorycznego.* W stanach podniecenia różnego pochodzenia występuje zwiększona ilość cukru we krwi bez glykozurji. W niektórych z takich przypadków podawaniem syntaliny B przy diecie ubogiej w węglowodany osiągano dobre wyniki. Nie dotyczy to przypadków na podłożu zmian organicznych.

Tudyka. *Przypadek panmyelitis z wybitnem polepszeniem* pod wpływem leczenia arsenem, żelazem, transfuzjami krwi, naświetlaniem prom. R., żywieniem wątrobą i szpikiem.

Prof. Härtel. *Doświadczenia na pacjentach cierpiących na neuralgję,* specjalnie o zastrzykiwaniu alkoholu.

Nr. 16, 1930.

Prof. Georg B. Gruber: *Zator i zakrzep.*

1) Czy zakrzep jest objawem miejscowym czy ogólnym?

2) Czy obecność zakrzepu odpowiada przebiegowi ostremu czynnemu, czy zmianie biernej?

3) Czy pojawienie się i nasilenie objawów zakrzepu odpowiada pewnym widocznym prawom wzmożenia lub osłabienia sprawy.

Ad 1): w powstaniu zakrzepu należy przyjąć obydwa momenty, bowiem zdarzają się zakrzepy, gdzie wchodzi w rachubę tylko uszkodzenie miejscowe — zwykły zakrzep przyranny, jakoteż są zakrzepy przemawiające za zaburzeniem w samej krwi, np. zakrzepy w *myelosis leukaemica, polycythaemia,* po tranfuzjach, wskutek działania zarazków. Rozmiękczające septycznie zakrzepy dają powód do powstania zatorów przerzutowych.

Ad 2): zaburzenia w składzie krwi, zmiany chemiczne w surowicy, pojawienie się pewnych specjalnych substancyj we krwi, zmiany chemiczne w surowicy — czynniki skłaniające do przyjęcia zakrzepu jako wyrazu zmian biernych. Jeśli zaś brać pod uwagę biologiczne oddzielanie się śródbłonka, prowadzące do tworzenia się zakrzepu — wtenczas sprawa ma charakter zmiany czynnej.

Ad 3): przyjąć należy pewną konstytucjonalną gotowość do tworzenia się zakrzepów, „trombopatję"; niema żadnej reguły dla powstawania zakrzepu, brak też charakterystycznych własności nasilania się zakrzepu.

Prof. Kischner: *Z praktyki „elektrycznego operowania".* Doświadczenia na 250 operacjach.

Dla uproszczenia cięcia użyty prąd musi być wolny od insultów faradycznych. Każde oddzielenie tkanki przebiega ze zniszczeniem licznych komórek. Przy cięciu elektrycznem strefa zniszczenia komórek jest b. mała, zdolność do gojenia się duża, aseptyczne rany po nożu elektrycznym goją się zasadniczo *per primam.* Pewne zaburzenia w gojeniu się wykazują rany skórne, brzegi posiadają obrąbek nekrotyczny, goją się przez granulację i powoli. warstwy zaś głębsze goją się dobrze. Przy pobieraniu tkanek do badania histologicznego pamiętać należy, że prąd elektryczny silnie uszkadza warstwę brzeżną, uszkodzone komórki mogą przypominać komórki rakowe. Pewność przeprowadzenia cięcia nożem elektrycznym jest mniejsza niż nożem zwykłym, ponieważ nie jesteśmy w stanie dokładnie oznaczyć, gdzie oddzielenie tkanki istotnie nastąpi. Nóż elektryczny wchodzi w rachubę głównie przy przecinaniu masy anatomicznie niezróżnicowanej, np. warstwy tłuszczu lub mięśni. Główną zaletą cięcia elektrycznego jest małe krwawienie naturalnie z drobnych naczyń, bowiem naczynia większe i średnie niepodwiązane mogą krwawić po kilku nawet godzinach. Elektryczna operacja nadaje się przy krwawieniach śródmiąższowych, przy operacjach mózgu oraz w górnych drogach oddechowych ze względu na mniejsze niebezpieczeństwo aspiracji krwi.

Killian: *Śmiertelne embolje płucne kliniki chirurgicznej we Freiburgu.*

Odnośnie do wieku dane statystyczne wykazują, że embolje zdarzają się głównie między 50—70 r. życia. Pewien wpływ mają warunki meteorologiczne, w czasie ciepłych wiatrów i upałów ilość zakrzepów i następowych zatorów jest większą. Wśród licznych przyczyn, które powodują zakrzepy względnie zatory można wyodrębnić 2 grupy: 1) fizyczno-chemiczne zmiany dotyczące samej krwi i mechanizmu krążenia; 2) mechaniczne i dynamiczne procesy w krążeniu, przy których należy się liczyć z uszkodzeniem ścian naczyniowych. Zakrzepy i zatory występujące bezpośrednio po operacji należy oceniać jako następstwo zmian w krążeniu wskutek narkozy i urazu operacyjnego.

Geissendörfer: *Pooperacyjne śmiertelne embolje płucne kliniki chirurg. w Göttingen w latach 1918—1929.*

Na przeszło 20.000 operacyj zdarzyło się 46 przypadków (0.22%) śmiertelnych embolij płucnych. Pewne nagromadzenie śmiertelnych przypadków daje się zaobserwować w maju. Wiek chorych odgrywa rolę, po 50 r. życia embolje są częstsze, również stan ogólny, odżywienie chorego nie jest bez znaczenia. Co się tyczy ordzaju operacyj i następowych zatorów, to najczęściej występowały po zabiegach na gruczole krokowym, najrzadziej po operacji wyrostka robaczkowego.

Orator i Straaten: *Klinika zapaleń płuc po zawałach pooperacyjnych.*

Zawały pooperacyjne z następowem zapaleniem płuc klinicznie łatwo można wykazać, o ile zajęta jest przytem opłucna. Zapalne ogniska w następstwie zatorów trudniejsze są do rozpoznania, często sprawę wyjaśnia dopiero badanie rentgenologiczne. Zawały, zależnie od ich lokalizacji, przejawiają się klinicznie w trzech postaciach: 1) najczęstsze u podstawy płuca dają bóle zlokalizowane w barku; 2) ogniska obwodowe przejawiają się bólami międzyżebrowemi, wreszcie 3) postać zaciemniająca obraz chorobowy przebiega z objawami żołądkowo-jelitowemi, jako atonja żołądka i jelit.

Zapobieganie zawałom polega na podniesieniu krążenia krwi, (ćwiczenia oddechowe, masaż kończyn) podawaniu dostatecznej ilości płynów i tyrozyny. Leczenie zawałów i następowego zapalenia płuc polega na podawaniu środków łagodzących ból i zastrzykiwaniu kamfory.

Freienstein: *Dożylna narkoza awertyną według Kirschnera. Kirschnera.*

Ujemną stroną narkozy awertynowej jest tworzenie się zakrzepów w żyłach, do których środek ten się wstrzykuje.

Killian: *Techniczne nowości w zakresie narkozy.*

Schmidt: *Znieczulenie lędźwiowe roztczynem nowokainy (spinokainy) i zapobiegawcze ustalenie parcia krwi przez efedrynę.*

Goldhahn: *Miejscowe znieczulenie perkainą.*

Perkaina jest pochodną chinoliny, niema nic wspólnego z kokainą, nowokainą, tutokainą etc., tworzy bezbarwne kryształki rozpuszczalne w wodzie. Wchłania się wolniej niż kokaina. Stosuje się w rozczynach 0.5—1 pro mille, do 100 cm^3 perkainy dodaje się 12 kropli adrenaliny. Może służyć też do znieczulenia lędźwiowego. Znieczulenie po zastosowaniu perkainy występuje w parę minut później niż po kokainie, trwa 3—4 godziny.

Habler i Weber: *Badania doświadczalne nad chemotaksją ciałek białych krwi.*

A. Dziuba.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 3 października 1930.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Przewodniczący poświęca serdeczne słowa pamięci ś. p. prof. Emanuela Machka i ś. p. prof. Romana Barącza, z których pierwszy zmarł w dniu 31 lipca 1930, drugi w dniu 29 sierpnia 1930. Przemowy tej wysłuchali obecni stojąc.

Mówca podnosi, że ś. p. prof. Machek beł jednym z najbardziej zasłużonych członków Towarzystwa Lekarskiego Lwow-

skiego. Brał żywy udział w pracach naukowych Towarzystwa i był inicjatorem i stałym opiekunem Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego, który przez lat prawie jedenaście był organem Towarzystwa. Równie pożyteczną była działalność ś. p. prof. Macheka w Towarzystwie lekarzy polskich b. Galicji. W obu tych towarzystwach Zmarły piastował przed laty godność prezesa i w obu otrzymał zaszczytny tytuł członka honorowego.

Ś. p. prof. Bar ą c z należał do najpilniejszych uczestników posiedzeń naukowych Towarzystwa i często przemawiał, czy to przedstawiając chorych, czy też biorąc udział w dyskusjach. Odznaczał się wielką erudycją i niezwykłą wytrwałością w Swoich dociekaniach naukowych, do których należały w pierwszym rzędzie prace o promienicy, znane i cenione nietylko w kraju, ale i zagranicą.

Obaj zmarli zasłużyli na wdzięczną pamięć kolegów, a śmierć Ich uczyniła dotkliwą lukę w gronie członków Towarzystwa.

2) Kol. Lewiński przedstawia i omawia preparaty anatomiczne:

a) *tętniaka tętnicy podstawnej mózgu* (L. prott. 831/30) u kobiety 55-letniej, która od kilku miesięcy uskarżała się na silne bóle głowy, ostatnio przy pracy nagle straciła przytomność i w tym stanie oddano ją do szpitala. Przy badaniu stwierdzono objawy zajęcia opon mózgowych. przez nakłucie lędźwiowe uzyskano płyn krwawy, który wypływał pod dużem ciśnieniem. Rozpoznano zapalenie krwotoczne opon mózgowych. Sekcja wykazała, przy zupełnym braku jakichkolwiek zmian na oponach, krwotok do jamy czaszkowej z pękniętego tętniaka tętnicy podstawnej mózgu; ponadto stwierdzono rozległe zmiany kiłowe w tętnicy głównej; do kiły zatem odnieść należy powstanie tętniaka;

b) *samoistne pęknięcie serca* (L. prot. 796/30). Przypadek dotyczy 72-letniego, mocno zbudowanego mężczyzny, który nagle, bez widocznej przyczyny, zasłabł w tramwaju i którego w stanie nieprzytomnym przywieziono do szpitala; wobec stwierdzonej w szpitalu cukrzycy i acetonurji, rozpoznano *śpiączkę cukrzycową*. Sekcyjnie uderzają rozległe zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej, przeważnie o charakterze rozmiękczynowym; worek osierdziowy rozszerzony i całkowicie wypełniony świeżemi skrzepami krwi; w zakresie komory lewej, na powierzchni przedniej wielkie ognisko rozmiękczynowe mięśnia sercowego; w środku ogniska mieści się szczelinowaty otwór, drążący wgłąb komory lewej; ognisko rozmiękczynowe powstało wskutek miażdżycy tętnicy wieńcowej lewej.

Nawiązując do przypadku, mówca omawia patogenezę samoistnych pęknięć serca.

3) Kol. Doliński wygłasza odczyt p. t. „*Wrażenia z międzynarodowej wystawy higjeny w Dreźnie*". (Drukowany w P. G. L. Nr. 49, 1930).

4) Kol. Gurewicz A. (z Warszawy) wygłasza odczyt: „*O nowej metodzie rentgenograficznego przedstawienia nerek i pyelografji na drodze śródżylnej*".

Zagadnienie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i dróg moczowych zajmowało od dawna urologów i rentgenologów. W 1923 roku Amerykanie rozpoczęli wprowadzanie śródżylne jodku sodu (5—20 g). Rozen pierwszy stworzył t. zw. pyelognost jod + mocznik). Obrazy jednak, uzyskane powyższemi metodami, bądź nie były zadawalniające, bądź wywoływały b. ciężkie zatrucia. Prof. Lichtwitz czynił próby z t. zw. *Selectan - Neutralem*, środkiem zawierającym do 54% jodu. Niezbyt pomyślne wyniki zwróciły dalsze badania w kierunku modyfikacji chemicznej preparatu. Przez zmniejszenie zawartości jodu, co polepszyło rozpuszczalność, otrzymano wartościowy środek kontrastowy — *uroselectan*. Jest on nieszkodliwy i szybko się wydala całkowicie z moczem nie rozkładając się w ustroju. Wstrzykuje się do obu żył ramieniowych 100 ccm^3 40% roztworu, przygotowanego *ex tempore*. Wykonuje się zwykle 3 lub więcej zdjęć. Metoda ta jest jednocześnie próbą czynnościową, gdyż nerka, czynnościowo upośledzona uwidacznia się gorzej niż zdrowa. zależnie od stopnia uszkodzenia. Przy nerkach zastoinowych mimo znacznego nieraz stopnia uszkodzenia otrzymujemy wskutek koncentracji uroselectanu jeszcze dobre zdjęcia, należy być przeto w tych przypadkach ostrożnym z oceną czynnościową. Ciężar właściwy moczu uroselectanowego pozwala również zorjentować się co do wydolności nerek.

Metoda śródżylna powinna być stosowaną tam, gdzie z przyczyn anatomicznych, patologicznych, albo technicznych pyelografja wstępująca nie może być wykonana.

Stosowanie tej metody jest przeciwwskazane przy zaburzeniach krwiobiegu, schorzeniach wątroby i stanach mocznicowych.

W dyskusji kol. Laskownicki przedstawia szereg zdjęć rentgenowskich uzyskanych po podaniu dożylnem uroselectanu oraz zdjęcia po wypełnieniu miedniczek 30% roztworu bromku sodowego. Zdjęcia po wypełnieniu miedniczki płynem kontrastowym od dołu są wyraźniejsze. Zdjęcia po uroselectanie są zwykle znacznie mniej wyraźne; najlepiej udają się tam, gdzie albo z powodu zwężenia moczowodu, albo wskutek utrudnienia odpływu moczu uwięzgniętym w moczowodzie kamieniem, uroselectan wydzielony w miedniczce dłuższy czas się zatrzymuje. Pomimo tego nowa metoda pyelografji oddaje nam cenne usługi tam zwłaszcza, gdzie jest niemożliwe wykonanie cystoskopji i zasondowanie moczowodów. Wadą tej metody jest to, że jest b. kosztowna. Sam preparat jest b. drogi, przytem trzeba zrobić 3—5 zdjęć rentgenowskich, podczas gdy przy pyelografji zwykłej wystarcza jedno zdjęcie.

Ponadto *w dyskusji* zabierali głos: kol. Rappaport i kol. Grabowski.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 10 października 1930.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

Przewodniczący podaje do wiadomości, że w dniu 17 października (później zmieniono termin na 18 października) odbędzie się wykład Prof. Aschoffa (z Fryburga) — tematem wykładu będzie zagadnienie żółtaczki.

1) Kol. Elmer i kol. Scheps wygłaszają wykład: „*O frakcjonowanem badaniu żołądka* (przeznaczone do druku w P. G. L.).

W dyskusji kol. Zakrzewska zapytuje o znaczeniu wydzielania śliny podczas zakładania sond żołądkowych.

Kol. T. Ostrowski nie polega na badaniu chemicznem treści żołądka w rozpoznaniu różniczkowem, opiera się raczej na zdjęciu rentgenowskiem.

Kol. Fels wspomina o próbnem śniadaniu Dr. Robina, gastrologa warszawskiego, składającem się z 180 cm^3 herbaty, 20 cm^3 mleka i 5 g cukru. W pół godziny po stosowaniu go wprowadza się, podobnie jak w próbie cząsteczkowej, cienką sondę dwunastnicową i albo badany leży na brzuchu i płyn sam wypływa, albo aspiruje się go w pozycji siedzącej. Próba ta posiada wszelkie korzyści śniadania płynnego i oddała w licznych badaniach b. korzystne wyniki.

Ponadto *w dyskusji* zabierał głos: kol. Fell i kol. Pisek.

Kol. Elmer odpowiada na zapytania przedmówców.

1) Kol. Fr. Groër wygłasza wykład p. t. „*O leczeniu krzywicy*".

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 18 października 1930 w sali wykładowej Instytutu anatomji patologicznej U. J. K.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

Prof. Dr. Ludwik Aschoff (Fryburg w Badenie) wygłasza wykład p. t. „*Zagadnienie żółtaczki*". Mówca w treściwym wykładzie omówił przedewszystkiem sprawę stosunku powstawania żółci, t. j. jej barwików i innych składników do wątroby, a więc pytanie czy wątroba jest narządem w stosunku do żółci wydzielniczym, czy wydalającym (sekrecyjnym i ekskretorycznym). W omawianiu tego pytania przytoczył dawniejsze i najnowsze badania eksperymentalne autorów innych i własne. Zdaniem jego składniki żółci mogą się wytwarzać pozawątrobowo, dotyczy to tak dobrze barwików żółciowych, jak kwasów żółciowych i innych. Nie jest wykluczone, że nawet płuca mogą mieć znaczenie w wytwarzaniu kwasów żółciowych. Mówca przeszedł i omówił pochodzenie i mechanizm powstawania różnych postaci żółtaczki, między niemi: retencyjnej, hemolitycznej i żółtaczki noworodków.

W wykładzie urządzonym staraniem wspólnem z Wydziałem lekarskim wzięło udział przeszło 400 uczestników.

Sekretarz: *K. Budzanowski*.

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1930.

Przewodniczący: Dr. Modrzewski.

Obecnych: 34 osoby (27 członków T-wa i 7 gości).

1) Dr. Czerwiński przedstawia preparaty operacyjne:

a) *guz, składający się z kilku włókniaków macicy i z jednej torbieli, wypełnionej płynem przejrzystym, nie mającej związku z jajnikiem;*

b) *torbiel moczowodu* łączącą się szypułą z pęcherzem, bez przetoki. Histologicznie stwierdzono w obrębie guza utkanie mięsaka. Podobne przypadki należą do rzadkich i klinicznie przy braku przetoki nie dających się rozpoznać, jako torbiele moczowodu.

2) Dr. Drożdż referuje spostrzegany w praktyce przypadek *guza rdzenia* (u kobiety 34 letniej), w którym początkowe objawy skłaniały do rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego, po pewnym czasie dopiero wystąpiły objawy rdzeniowe. Lipjodol za-

trzymał się na wysokości 6–7 kręgu piersiowego. Chora ma być operowana.

3) Dr. Kagan wygłosił referat p. t. *„Wpływ surowicy przeciwpłoniczej na objawy toksyczne płonicy i jej komplikacje"*. Referat wywołał ożywioną dyskusję.

Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia odbył się wybór delegata T-wa do Rady Fundacji Szpitala św. Wincentego à Paulo w Lublinie, na miejsce ustępującego Dr. Jaczewskiego.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 maja 1930.
Przewodniczący: Dr. Modrzewski.
Obecnych: 28 członków T-wa i 12 gości.

1) Dr. Bronstein przedstawia 3 chorych. a) przypadek *zaćmy wrodzonej* u dziecka, na tle kiłowem; b) chłopiec lat 23, z *objawami infantylizmu*, nie widzi prawie wcale. Rentgenogram wykazuje zatarcie granic siodła tureckiego, ponad niem złogi wapienne. Prawdopodobnie chodzi tu o torbiel ze złogami wap. powodującą przez ucisk zanik n. wzrokowych; c) przypadek *zwężenia koncentrycznego pola widzenia dla barwy białej* w następstwie urazu czaszki i krwotoku śródczaszkowego.

2) Dr. Drożdż przedstawia chorą, która zgłosiła się z *objawami osłabienia pr. kończyny górnej*. Przy badaniu stwierdza się zanik *m. deltoidei* oraz wyczuwa się ponad obojczykiem twór konsystencji kości, żebro szyjne. Nieco mniejsze żebro szyjne znajduje się po stronie lewej i nie wywołuje objawów ucisku splotu nerwowego. Leczenie — operacyjne.

Dalej referuje Dr. Drożdż przebieg przypadku *guza rdzenia*, opisywanego na poprzedniem posiedzeniu. Przy zabiegu znaleziono na oponach rdzenia guz, który przy badaniu histologicznem rozpoznano jako *endothelioma sarcomatodes*.

Kol. Morozowa przedstawia preparat histologiczny .

3) Dr. Prussak przedstawił przypadek *obojnactwa rzekomego męskiego*.

Po zakończeniu demonstracji przewodniczący Dr. Modrzewski poświęca krótkie przemówienie pamięci zmarłego w dniu 26 kwietnia 1930 r. Dr. Marka Arnsztajna, długoletniego członka czynnego, a ostatnio członka honorowego Towarzystwa. Wspominając wieloletnią pracę lekarską i społeczną Zmarłego, wzywa Prezes obecnych do uczczenia Jego pamięci przez powstanie i proponuje zebranie składki na rzecz Kasy Wsparcia wdów i sierót po lekarzach, zamiast złożenia kwiatów na Jego mogile. Zbieranie składki rozpoczęto w czasie zebrania.

Dr. Tenenbaum zawiadamia, że z inicjatywy Towarzystwa Ochrony Zdrowia ludności żyd. w Polsce rozpoczęto zbiórkę na sanatorjum dla dzieci im. Dr. Arsztajna.

Dr. Dziemski złożył sprawozdanie ze Zjazdu balneologicznego w Krakowie, poczem odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia i na tem zakończono posiedzenie.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 maja 1930.
Przewodniczący: Dr. Modrzewski.
Obecnych 15 członków T-wa i 3 gości.

1) Dr. Drożdż przedstawia przypadek *wylewu krwawego pod oponą twardą na tle miażdżycy*. Pacjent zachorował nagle, po upiciu się: ból głowy, sztywność karku, obj. Kerniga, odcz. Wasermanna z płynu mózgo-rdzeniowego ujemny. Po kilku punkcjach poprawa, obecnie są tylko nieznaczne objawy niedowładu w zakresie n. twarzowego. W sprawie tego przypadku zabierali głos: Dr. Cynberg i Dr. Kagan.

Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia Dr. Freytag wygłosił referat p. t. *„Wapń w lecznictwie"*. W pierwszej, ogólnej części referatu prelegent przedstawił niektóre dane z dziedziny fizjologji, farmakologji i patologji ogólnej, w drugiej omówił poszczególne jednostki i zespoły chorobowe, w których czyto na podstawie przesłanek teoretycznych, czy też czystej empirji — należałoby wapń terapeutycznie stosować. W zakończeniu prelegent wspomniał pokrótce o sposobach podawania omawianego środka.

W dyskusji zabierali głos Dr. Drożdż, Dziemski, Modrzewski, Oborska i Kagan.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 czerwca 1930.
Przewodniczący: Dr. Modrzewski.
Obecnych: 16 członków T-wa i 10 gości.

1) Dr. Jaczewski przedstawia chorego z *owrzodzeniem gruźliczem skóry ręki*. W wydzielinie znaleziono prątki Kocha. W płucach nie stwierdza się zmian. Chory lat 55, zmiany skórne wystąpiły przed 4 laty, rzekomo po oparzeniu. Obecnie zastosowano tran z jodyną w injekcjach, do okładów i wewnętrznie — po 10 dniach znaczna poprawa.

W związku z tym przypadkiem Dr. Jaczewski omawia obszernie reakcje ustroju na ten środek leczniczy i wynikające stąd wskazanie co do sposobu stosowania tranu z jodyną.

2) Dr. Wośkowski przedstawia chorą ze *znacznemi zmianami rozwojowemi części płciowych*. Budowa i wygląd ogólny typu raczej męskiego, pacjentka została jednak wychowana jako dziewczyna (obecnie ma lat 28). Gruczoły mleczne nierozwinięte, w worku mosznowym nie wyczuwa się jąder, ponad nim guzowata wyniosłość z blizną po przebytej w dzieciństwie operacji, zapewne częściowej amputacji prącia. Przy badaniu nie wyczuwa się jajników, ani macicy. Popęd płciowy zmienny, zwraca się zarówno w kierunku mężczyzn, jak i kobiet.

Po odczytaniu protokółu poprzedniego posiedzenia koledzy Kagan i J. Arnsztajn wygłosili wspólny referat p. t. *„Tuberculosis occulta"*.

Kol. Kagan omówił obecny stan poglądów na gruźlicę ukrytą u dzieci, kol. Arnsztajn — u dorosłych.

Uroczyste posiedzenie z dnia 18. VI. 1930.

poświęcone uczczeniu pamięci zmarłego w dn. 26. IV. 1930 r. b. p. Dr. Marka Arnsztajna, członka honorowego i czynnego L. T. L. W sali posiedzeń Twa ustawiono portret Zmarłego, otoczony girlandą kwiatów, koledzy zebrali się w licznem gronie 46 osób, reprezentującem wszystkie pokolenia obecnego świata lekarskiego Lublina, od najstarszych do najmłodszych jego przedstawicieli.

Przewodniczący Dr. Modrzewski zagajając posiedzenie zobrazował pokrótce całą działalność Zmarłego, jego wieloletnią pracę, wszechstronne zasługi i pamięć pełną czci i żalu, jaką po sobie pozostawił i której wyrazem jest dzisiejsze posiedzenie. Następnie Dr. Jaczewski poświęcił swe przemówienie wspomnieniu Dra A. jako kolegi, który przez długie lata swą niezmienną lojalnością i uczynnością zaskarbił sobie sympatję i uznanie starszych kolegów, młodym dając przykład jak w czyn wprowadzać zasady prawdziwego koleżeństwa. Wreszcie Dr. Dziemski w dłuższym referacie przedstawił blizko półwiekową działalność Dra A. na polu lecznictwa i pracy naukowej, wymienił długi szereg Jego prac, które od r. 1884 drukował w pismach lekarskich lub wygłaszał na posiedzeniach L. T. Lek., a których tytuły świadczą o wszechstronności zainteresowań Zmarłego i pilności, z jaką śledził postępy nauki lekarskiej, wreszcie omówił udział Dr. A. w licznych zjazdach lekarskich bądź to w charakterze uczestnika, bądź też organizatora i Jego pracę lekarsko społeczną, oraz żywe zainteresowanie z jakiem zajmował się zagadnieniem dokształcania lekarzy prowincjonalnych i rolą szpitali w tej dziedzinie. Referat swój zakończył Dr. Dziemski serdecznem wspomnieniem Dra Arnsztajna jako zacnego człowieka i Kolegi, światłego lekarza i współczującego wszelkiej niedoli przyjaciela chorych.

Sekretarz: *Dr. J. Morozowa.*

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 czerwca 1930.

I. Kol. Szyfman przedstawił 17 letnią *chorą na cukrzycę* od 6 lat i leczoną od tego czasu insuliną. W maju 1930 chora zaczęła gorączkować; stwierdzono postępującą sprawę gruźliczą prawostronną; ze względu na bardzo ciężki stan chorej *założono odmę sztuczną*, poczem nastąpiła nadzwyczajna poprawa. OB z 7' — wzrosło do 20'; na wadze przybyła 8 kg.

II. Kol. Dynkiewicz przedstawił chorego z parezą nerwu twarzowego, która wystąpiła zdaniem kol. Dynkiewicza wskutek leczenia rzeżączki ostrej gonowakcyną.

III. Kol. B. Frenkiel omówił przypadek *nowotworu rdzenia* i przedstawił preparat omawianego przypadku.

IV. Kol. Rosiewicz przedstawił *chorego z kiłą trzustki* z następowym cukromoczem.

W dyskusji zabierali głos kol.: Sterling, Szyfman i prelegent.

V. Kol. Rosiewicz przedstawił chorego *z kauzalgją urazową;* omówił szczegółowo symptomatologię przypadku, oraz wskazał na dobry wynik leczniczy po zastosowaniu pilocarpiny i acecoliny.

Posiedzenie kliniczne w Szpitalu Anny Marji
w dniu 25 czerwca 1930.

I. Kol. Grosglik pokazuje:

1) chorego z rozpoznaniem *„rak żołądka"*: 31 lat; od przeszło 4 lat silne bóle w *epigastrium* i wymioty po jedzeniu: od 3 miesięcy pogorszenie i chudnięcie. Zawartość żołądka: obfity śluz, bezkwaśność, drobnowidowo liczne ciałka ropne. Rentgenoskopja:

duży ubytek cienia jamy odźwiernikowej. Od 22 listopada do 16 grudnia 1929 r. pobyt w szpitalu św. Józefa; poprawa ogólna, przybytek na wadze 5 i pół kg. Od 2 stycznia do 16 stycznia 1930 r.: Roentgen: bóle ustąpiły, apetyt się poprawił, chory odzyskał zdolność do pracy. W początkach marca 1930 r. lekkie pogorszenie. Od 13 do 22 marca 1930 r. ponownie Roentgen: 28 kwietnia 1930 r.: zawartość żołądka: śluz obecny, bezkwaśność; rentgenoskopja: *ubytku cienia nie widać.*

Przypadek zasługuje na uwagę pod względem zarówno rozpoznawczym jak i leczniczym. Objawy kliniczne wraz z chemicznemi żołądka przemawiają bowiem również dobrze za rakiem, jak i przewlekłym bezkwaśnym nieżytem żołądka. Jeżeli mamy dać przewagę badaniu rentgenologicznemu, mielibyśmy zatem przypadek raka żołądka, dobrze oddziaływający na promienie Roentgena Gdyby jednak zaszła była omyłka w rentgenoskopji przed leczeniem a przypadek okazał się nieżytem, należałoby podnieść nadzwyczaj pomyślny skutek dawek, znacznie przekraczających dawki stosowane w nieżycie żołądka.

2) 52 letniego mężczyznę z *limfogranulomatozą.* Liczne gruczoły w rozmaitych okolicach ciała. Od 3 miesięcy guz w okolicy *manubr. sterni* i górnych lewych żeber, twardy jak kość, z skórą niezrośnięty, ale nieprzesuwalny, wielkości 9 × 6 cm. Zdjęcie nie wykazuje dostatecznie wyraźnych zmian kostnych. Gwałtowne swędzenie całego ciała. Urobilinogen i urobilina w moczu silnie zwiększone. Osobliwość tego przypadku polega po pierwsze na istnieniu guza, prawdopodobnie kostnego w limfogranulomatozie, po wtóre, na bardzo wybitnej eozynofilji we krwi (60% eozynofilów na 80% granulocytów).

W dyskusji zabierał głos kol. G l i k s m a n.

Kol. G r o s g l i k w odpowiedzi podkreśla, że podniesiony w dyskusji zarzut, iż wybitna eozynofilja w tym przypadku niekoniecznie przemawia za limfogranulomatozą, mogąc być wyrazem np. robaczywości, upada: 1) badanie kału nie wykazało ani robaków ani jaj; 2) po kilku naświetlaniach, wraz z poprawą kliniczną, eozynofilja spadła do 25%.

II. Kol. F. R o z e n ó w n a wygłosiła odczyt p. t.: *„Układ roślinny u dzieci"*. Praca ukaże się w druku.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. kol. S t e r l i n g, F r e n k i e l i prelegentka.

III. Kol. N. Z a u s m e r wygłosił odczyt p. t.: *„Wyniki badań własnych nad układem roślinnym u dzieci"*. W badaniach swych posługiwał się kol. Z a u s m e r tylko adrenaliną. Praca ukaże się w druku.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 17 września 1930.

1) Kol. J u s t m a n przedstawił mężczyznę lat 32, u którego najdokładniejsze badanie układu nerwowego nie wykryło żadnych objawów wiądu rdzenia ani przebytego zapalenia wielu nerwów, a mimo to stwierdzony został absolutny brak odruchów kolanowych, których nie można wywołać ani sposobami zwykłemi, ani sposobami Jendrassika, Goldscheidera, Oppenheima i Justmana. Odruchów Achillesowych nie udaje się wywołać sposobem Babińskiego, w pozycji leżącej natomiast udaje się wywołać słabe odruchy. Brak objawu Romberga, żywe oddziaływanie źrenic na światło i zbieżność, doskonała zborność ruchów, brak jakichkolwiek zaburzeń w oddawaniu moczu i kału, brak jakichkolwiek zmian czucia powierzchownego i głębokiego, brak podmiotowych zmian czucia (bólów strzelających, parastezyj) świadczą o braku zmian w zwojach międzykręgowych i powrózkach tylnych rdzenia i pozwalają wyłączyć rozpoznanie wiądu rdzenia. Zupełna niewrażliwość pni nerwowych oraz normalny rozwój mięśni z drugiej strony pozwalają również wyłączyć zapalenie wielu nerwów. Harmonijny rozwój i normalny stan odżywienia oraz czynności wszystkich mięśni wyłączają również jakiekolwiek przebyte jeszcze w życiu wewnątrzmacicznem zapalenie nerwów lub powrozków tylnych rdzenia. Ponieważ odruchy kolanowe są przy układzie nerwowym normalnym absolutnie stałe, przeto przyczynę tego niezwykłego braku odruchów szukać należy poza układem nerwowym. U danego osobnika narządy wewnętrzne są całkiem normalne, pominąwszy przejściowe bóle kardjalgiczne. Nie tu więc szukać należy wyjaśnienia. Zwrócić należy uwagę na wybitną pałąkowatość nóg, jako następstwo przebytej krzywicy. By zrozumieć, jaką rolę grać może w danym razie pałąkowatość nóg, uprzytomnijmy sobie mechanizm odruchu kolanowego. Pod wpływem uderzenia młotkiem więzu rzepkowego dolnego następuje nagłe i bardzo krótkotrwałe rozciągnięcie tegoż więzu, które udziela się naturalnie poczwórnemu mięśniowi wyprostnemu podudzia. Drogą odruchu mięsień na to nagłe i krótkotrwałe rozciągnięcie odpowiada skurczem. U osobnika demonstrowanego pod wpływem pałąkowatości nóg powstało stałe rozciągnięcie więzu rzepkowego dolnego, a więc i mięśnia poczwórnego wyprostnego. Z fizjologji wiadomo, iż podrażnienie nagłe daje za każdym razem jednakowy efekt. O ile jednak podrażnienie jest stałe, to wrażliwość na bodziec znika, jakby go wcale nie było. Tym faktem braku efektu na podrażnienie stałe objaśnia się brak odruchów kolanowych u osobnika o nogach pałąkowatych. Pod wpływem uderzenia młotkiem więzu rzepkowego dolnego, już mocno rozciągniętego, ten nader nieznaczny dodatek rozciągnięcia (o ile wogóle istnieje) nie wystarcza, by pobudzić do skurczu odruchowego mięsień wyprostny podudzia, osłabiony w swej pobudliwości z powodu stałego wyciągnięcia jego masy. Rzeczą dalszych spostrzeżeń jest zwrócenie uwagi na zachowanie się odruchów kolanowych we wszystkich przypadkach nóg pałąkowatych. (Autoreferat).

2) Kol. S t e r l i n g wygłasza wspomnienie pośmiertne o zmarłym kol. J ó z e f i e S z w a j c e r z e. Krótki żywot zmarłego nie pozwolił mu na pozostawienie spuścizny naukowej; pochodził z rodziny społeczników. Ojciec Zmarłego wprowadził przymus szkolny w Łodzi; był to pierwszy przypadek wprowadzenia przymusu szkolnego w Polsce. W ruchu zawodowo-lekarskim zmarły kolega brał bardzo czynny udział i zajął stanowisko przodujące; przez szereg lat był członkiem Zarządu Związku Lekarzy P. P. i członkiem Komitetu redakcyjnego Nowin Lekarskich.

3) Kol. J. K o l i ń s k i wygłasza przemówienie poświęcone bł. p. kol. Hermanowi R u n d o. Zmarły był jednym z 12 założycieli Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego; był on przedostatnim z żyjących członków założycieli. Kol. Rundo rozpoczął studja lekarskie w Szkole Głównej; mieszkał w Łodzi od r. 1882. Przez 48 lat swego życia w Łodzi przyjmował czynny udział w życiu naukowem i społecznem. Od roku 1919 do 1922 był kierownikiem Szpitala Miejskiego. W życiu Towarzystwa Lekarskiego przyjmował gorliwy udział; był bibljotekarzem, sekretarzem, wiceprezesem oraz prezesem Towarzystwa. Pozostawił parę prac naukowych. W roku 1911 otrzymał godność członka honorowego Towarzystwa; w r. 1926 otrzymał potwierdzenie dyplomu. W roku 1930 na uroczystem posiedzeniu poświęconem dla uczczenia 50-io lecia pracy zawodowo-lekarskiej pięciu kolegów — dyplom potwierdzono powtórnie.

4) Kol. S t e r l i n g wygłasza przemówienie poświęcone ś. p. zmarłego w dniu 6 września członka honorowego Towarzystwa Dr. Kazimierza D ł u s k i e g o. Kim był zmarły, jaki szeroki był zakres Jego zainteresowania, świadczyć może kilkadziesiąt Towarzystw i Instytucyj społecznych i naukowych, podpisanych na nekrologu zmarłego. Kol. Sterling omawia Jego dzieciństwo, pobyt w szkole średniej, podkreśla częste przymusowe zmiany szkoły w Niemirowie, Petersburgu, Kijowie. Studja wyższe prowadził w Odessie, Warszawie, Krakowie, Genewie i w Paryżu, gdzie skończył szkołę nauk politycznych i napisał szereg poważnych prac z dziedziny socjologji i ekonomji.

Medycynę rozpoczął studjować w 30 roku życia: był asystentem Grancher'a. Pierwszą pracę lekarską ogłosił p. t. „O dyspepsji u gruźlików". Aczkolwiek wychowany na najlepszych przykładach francuskich — znał znakomicie i szkołę niemiecką. Napisał pracę „O tuberkulinie", uważaną powszechnie za najlepszą obok pracy Sahli'ego. Jego sprawozdania sanatoryjne są niezmiernie ciekawe. Pierwszy spostrzegł, że gruźlica nie zawsze zaczyna się od szczytów. Pierwszy pisał o *pleurite á répétition.* Wypróbował pierwszy obok klasyfikacji Turbana — klasyfikacje anatomiczno-kliniczne. Ostatnią świetną pracą była „O jamach płucnych" na zasadzie 625 przypadków. Zmarły był założycielem pierwszego dużego na miarę europejską sanatorjum w Zakopanem.

Zmarły był przez całe życie fanatykiem wolności; miał dużą odwagę cywilną, nie cofał się przed konsekwencjami, gdy chodziło o prawdę. Był subtelnym umysłem, pełnym entuzjazmu, w dyskusji chciał poznać przeciwnika, nauczyć się od niego czegoś.

5) Kol. M o g i l n i c k i oznajmia, że w niedzielę dnia 22 listopada 1930 odbędzie się obchód 25 lecia istnienia Szpitala Anny Marji i jednocześnie otwarcie nowego pawilonu. Zaprasza wszystkich kolegów na uroczystość. Szpital Anny Marji jest największym szpitalem dla dzieci w Polsce, liczy bowiem 240 łóżek.

6) Kol. H. K r y s z e k wygłosił odczyt p. t. *„O wrodzonych wadach serca"*. Kol. Kryszek uzasadnia na wstępie praktyczną i poznawczo diagnostyczną wartość omawiania wad wrodzonych serca.

Trudność rozpoznawania wynika z genezy powstawania wad i z „wielości" obrazu chorobowego. Trudność tem większa u oseskόw i małych dzieci. Na zmiany wrodzone nasadzać się mogą zmiany zapalne — trudność rozpoznawania nawet na stole sekcyjnym; probierzem zmiany w mięśniu, nie na zastawkach.

Poczem kol. Kryszek omawia wartość anamnezy; sinicę i teorję jej powstawania; dane kapiloroskopijne z własnych przypadków; wartość rokowniczą sinicy; hyperglobulję i jej kompensacyjne znaczenie; pałeczkowatość palców; napadowo występującą duszność z sinicą i próby tłumaczenia napadów; ciepłotę ciała (temperatury powyżej 42° w jednym z własnych przypadków); częstość innych zaburzeń rozwojowych; rodzaj szmerów; ich charakter, lokalizację i przenoszenie się; znaczenie akcentu lub osłabienia drugich tonów u podstawy; brak szmerów, charakterystyczny dla transpozycji naczyń; z wypukowych objawów — stłumienie, odpowiadające rozszerzonej tętnicy płucnej i rozszerzenie prawego serca; garb sercowy; wyczuwalność szmerów; cechy rentgenologiczne — znaczenie prześwietlań w skośnych pozycjach, rozszerzenie łuku tętnicy płucnej, objaw Valsalvy przy ductus Botalli, objaw Deneckego, zmiany przy stenozie *isthmus;* zmiany elektrokardjograficzne i ich powstawanie; cechy tętna — objaw Sokołowa; cechy ciśnienia tętniczego i żylnego; wartość fonokardjogramu.

Kol. H. Kryszek przedstawia cztery przypadki *wad wrodzonych serca.* Przypadek I.: Chory J., lat 34, robotnik — *otwarta przegroda międzykomorowa (Maladie de Roger).*

Objawy kliniczne wysłuchowo: szmer skurczowy, o charakterze przepychającego się strumienia, wyczuwalny, zlokalizowany w środkowej części mostka. Drugi ton nad tętnicą płucną słyszalny, bez akcentacji. Opukowo — rozszerzenie miernego stopnia pr. granicy serca. Rentgenologicznie — objaw Deneckego. Brak sinicy. Całkowita wydolność mięśnia sercowego przy atletycznej budowie ciała.

Przypadek II.: Chora A., lat 37, robotnica — *isthmus stenosis.* Wysłuchowo — szmer skurczowy, długi, bardzo szorstki; wyczuwalny; zlokalizowany w II. i III. międzyżebrzu prawem tuż przy linji mostkowej. Drugi ton nad tętnicą główną silnie akcentowany. Opukowo — rozszerzenie l. granicy serca; podnoszące uderzenie koniuszkowe. Rentgenologicznie — szeroka tętnica wstępująca, szeroki łuk; wąski *isthmus.* Brak krążenia kolateralnego. Brak sinicy. 7 porodów. Wydolność mięśnia sercowego dostateczna.

Przypadek III. Chory Sz. l. 17, uczeń — *zwężenie tętnicy płucnej.* Wysłuchowo — szmer skurczowy nad tętnicą płucną; II. ton nad tętnicą płucną słabo słyszalny; szmer przenosi się ku tyłowi. Wypukowo — rozszerzenie praw. granicy serca.

Rentgenologicznie — nieznaczne wypuklenie łuku tętnicy płucnej i rozszerzenie prawej granicy serca. Sinica. Hyperglobulia 6.800.000 erytrocytów, scoliosis. Męczy się przy chodzeniu. W prawem płucu rozpadowa gruźlica.

Przypadek IV. Chory S., lat 11, uczeń — *Ductus Botalli apertus.* Wysłuchowo — szmer skurczowy, wyczuwalny, w II. lewem międzyżebrzu. Dudniąca akcentacja drugiego tonu płucnego. Szmer skurczowy i rozkurczowy w IV. lewem międzyżebrzu na ograniczonej przestrzeni. Opukowo — stłumienie Gerhardta. Rentgenologicznie — silne wypuklenie łuku tętnicy płucnej. Sinica. Częste bicie serca. Męczy się przy chodzeniu.

7) Kol. A. Bender przedstawia *dwa przypadki wad wrodzonych serca.*

Przypadek I. Chory, l. 22, robotnik, dawniej roznosiciel gazet. Żadnych dolegliwości sercowych, żadnych objawów dekompenzacji. Czuje się zdrów. Ciśn. 125/0. Cor powiększone — lewe i prawe. Nad środkiem mostka wybitnie głośny o charakterze szorstkim o jednakowem natężeniu przez całą systolę szmer skurczowy, słyszalny w pewnem oddaleniu od klatki piersiowej i doskonale (jako „fremissement catair") wyczuwalny. Nad koniuszkiem wzmagający się w kierunku punktu „Erba", gdzie jest najwyraźniej słyszalny — szmer rozkurczowy protodiastoliczny długi, lejący, decrescendo. Roentgen — wypuklenie łuku tętnicy płucnej i objaw Deneckego. Rozpozn. *Ubytek w przegrodzie międzykomorowej dość dużego stopnia i wrodzona* (?) *niedomykalność zastawek półksiężyc. aorty* (Przypadek zostanie dokładnie opisany).

Przypadek II. Chora lat 19. Wybitna sinica twarzy; pałeczkowate palce o ciemnosinem zabarwieniu. Kapilaroskopowo kolosalny zastój żylny. Polycythaemia secundaria (9.600.000 krwinek czerwonych w 1 mm³). Duszność przy chodzeniu; przemijające okresowo obrzęki kończyn dolnych. Sinica od urodzenia. Wypukowo serce nie powiększone. Szmer skurczowy dość szorstki o średniem natężeniu nad tętnicą główną i trochę ku dołowi wzdłuż prawego brzegu mostka. Poza tem tony czyste. Rentgenologicznie silne rozszerzenie aorty ascend., duże zwężenie w isthmus aortae. Brak guzika aorty. Brak krążenia kolateralnego. Rozpoznanie: *Isthmus stenosis aorty w połączeniu z ubytkiem międzykomorowym plus ewentualne przemieszczenie częściowe dużych pni naczyniowych (transpositio vasorum).*

8) Kol. I. Grynberg przedstawia przypadek wrodzonej wady serca: 16 letnią dziewczynkę z wybitną sinicą, pałeczkowatemi palcami i paznokciami o kształcie szkiełek zegarkowych, o słabym rozwoju ogólnym. Objektywnie stwierdza się rozszerzenie wymiarów serca znacznego stopnia we wszystkich kierunkach. Wysłuchowo: szmer skurczowy w III. międzyżebrzu i w środkowej części mostka; koci mruk nad tętnicą płucną. Rentgenologicznie — wybitne powiększenie łuku tętnicy płucnej i rozszerzenie serca w obydwu wymiarach. Rozpoznanie: *Stenosis arteriae pulmonalis plus luka w przegrodzie komorowej.*

9) Kol. L. Szyfman przedstawia przypadek wrodzonej wady serca: 24 letni młody człowiek, cierpi od wczesnego dzieciństwa; często występują obrzęki kończyn dolnych. W płucach stwierdza się zmiany swoiste w okol. podobojczykowej lewej.

Polycythaemia; OB 24 godzin. Przy wysłuchiwaniu nie stwierdza się żadnych szmerów. Roentgen: rozszerzenie prawego przedsionka i prawej komory znacznego stopnia i nieznaczne rozszerzenie lewej komory. *Rozpoznanie waha się pomiędzy: Stenosis arteriae pulmonalis plus luka w przegrodzie komorowej lub defectus septi plus transpositio vasorum.*

W dyskusji nad odczytem kol. Kryszka i pokazami kol. Szyfmana, Kryszka, Bendera i Grynberga kol. Mogilnicki zwraca uwagę na lukę w odczycie kol. Kryszka, mianowicie kol. Kryszek nic nie wspomniał o wadach wrodzonych serca u dzieci, nic nie mówił o rokowaniu przy tem cierpieniu. Zapytuje prelegenta, czy możliwem jest wyleczenie wrodzonej wady; sam widywał przypadki, w których w 4—5 dniu po urodzeniu wysłuchiwał szmery, które w następstwie znikały. Kol. Gliksman podkreśla różnicę charakteru szmerów w wadach wrodzonych i nabytych; w pierwszych — szmer ma charakter jednolity, w nabytych — jest o wzrastającem natężeniu lub zmniejszającem się natężeniu; następnie zwraca uwagę na spotykany często kaszel o charakterze krztuśćcowym; zapytuje, czy nie stosuje w celu leczniczym rentgenowskich naświetlań. Kol. Herszfinkiel widział szereg przypadków, w których w ciągu pierwszych miesięcy życia szmerów nie było słychać, a szmery zjawiały się dopiero później; zwraca uwagę na jednoczesny niedorozwój narządów przy wrodzonych wadach serca oraz na zwyrodnienie niektórych narządów. Często spotyka *Idjotismus Mongoloideus.* Kol. Weinberg mówi, że odczyt nasuwa szereg tematów do dyskusji. Wspominamy brak sinicy przy luce w przegrodzie komorowej często spotyka się i przy otwartem foramen ovale. Łuk arteriae pulmonalis w rentgenografji widzi się i przy chorobie Roger'a i przy zwężeniu tętnicy płucnej.

Kol. Weinberg zwraca uwagę na to, że prelegent mało mówił o leczeniu; zdaniem kol. Weinberga należy przy dekompenzacji podawać naparstnicę. W chorobie Roger'a Roentgen wykazuje serce o kształcie okrągłym; rokowanie zawsze w tem cierpieniu jest poważne. Kol. Hurwicz przypuszcza, że często nie odróżnia się wad wrodzonych od nabytych, sam bowiem na 300 sekcjonowanych noworodków stwierdził 4 przypadki wad wrodzonych: 3 foramen ovale i jeden defectus septi. Kol. Jelenkiewicz podkreśla, że nie jest trudnem rozpoznanie istniejącej wady wrodzonej, trudnem jest zanalizowanie charakteru wady; referent zdaniem kol. Jelenkiewicza przepuścił widocznie wzmiankę o hypoplasji układu krążenia przy wrodzonych wadach serca. Kol. Kryszek w odpowiedzi przyznał, że rzeczywiście mało mówił o dzieciach; rozpoznawanie charakteru schorzenia u osesków jest prawie niemożliwe; rokowanie przy niepewnem rozpoznaniu jest trudne; pewnem jest tylko, że rokowanie jest tem gorsze, im wcześniej występuje sinica i sama wada; nie znalazł w piśmiennictwie odpowiedzi na to, by istniejące foramen ovale później zarastało, niema przytem w myślach małej szczeliny, która może być fizjologiczną. Choroba Rogera nie daje sinicy. Serce okrągłe zależne jest od stopnia i wielkości ubytku w przegrodzie międzykomorowej.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z d. 10 czerwca 1930.
Obecnych członków T-wa 17, wprowadzonych gości 20.

Kol. Wiceprezes przedstawił decyzję Zarządu zatwierdzającą wniosek Komitetu Konkursowego im. Dra Wacława Męczkowskiego, kwalifikujący do nagrody pracę prof. Dra Władysława Szenajcha p. t. „Szpital im. Karola i Marji dla dzieci". Budowa, organizacja, działalność. Warszawa 1926.

Kol. M. Wierzuchowski wygłosił odczyt p. t. „*Wpływ insuliny na cukrzycę głodową, białkową i tłuszczową*", w którym przedstawił wyniki swoich badań, wykonanych z pomocą p. słuch. med. W. Pieskowa (Streszcz. własne).

Wyrażenie „cukrzyca" zostało użyte dla uwydatnienia niedomogi przyswajania glikozy, wprowadzanej dożylnie ze stałą prędkością w ciągu 10 godzin, niedomogi, ukazującej się po głodzie, spożywaniu białka i tłuszczu. Zasadniczym wynikiem tych badań

jest fakt, że t. zw. „faza pierwsza", występująca w pierwszych okresach dożylnego wprowadzania glikozy, opisana dla danej prędkości wprowadzania glikozy przez Wierzuchowskiego w dawniejszych doniesieniach, wygłoszonych w Warsz. Tow. Lek. wspólnie z p. H. Gadomską, nie jest w pierwszym rzędzie wynikiem braku dostępnej w organizmie insuliny, lecz wypływa z zahamowań przetwarzania glikozy pochodzenia w znacznej mierze nieinsulinowego.

Kol. A. Pallier i M. Wierzuchowski wygłosili odczyt p. t. *„O szybko-rytmicznem wprowadzaniu pokarmu: cukry"*. (Streszczenie własne).

Kol. Pallier A. i Wierzuchowski M. poddali rozważeniu doświadczenia swoje nad „Szybko-rytmicznem wprowadzaniem pokarmu", przyczem jako przykład wzięli pod uwagę zachowanie się cukrów w tych warunkach. Wiadomą jest rzeczą, że uprzednie podanie cukru gronowego zmienia odczyn na następowe podanie tegoż cukru. Wobec tego należało zbadać, czy ponawiająco, a więc rytmicznie stosowany bodziec cukrowy zdoła przekształcić sposób przetwarzania cukru gronowego. Należało więc raz wprowadzać tę samą ilość cukru dożylnie w sposób jednostajny, z minuty na minutę jednakowy, kiedyindziej znów zmieniać bezustannie, z minuty na minutę prędkość wlewania cukru, stosując się do jakiejś krzywej rytmicznej. Za taką krzywą obrano sinusoidę, która posiadała od jednej do czterech fal na godzinę. Gdy fala znajdowała się w najniższym punkcie prędkość wlewania glikozy wynosiła 1 g na kg. na godz., gdy zaś zachodziła na swoje wzniesienie najwyższe wynosiła ona 3 g. Ponieważ w doświadczeniach z wlewaniem jednostajnem wlewano 2 g cukru na kg na godz., więc w obu typach doświadczeń wlewano w sumie ilość tę samą cukru, a tylko sposób jego wlewania był różny. Badania te wykonano na psach. Wynik tych badań co do kwestji najważniejszej, jak rytmiczne wprowadzanie pokarmu, w danym wypadku cukru, wpływało na zdolność przyswajania wprowadzonego cukru, jest jednoznaczny: przyswajanie cukru, wprowadzanego stale z rytmicznemi nasileniami bez względu na ilość fal na godzinę, jest takie same w wyniku sumarycznym, jak przy wlewaniu tegoż cukru ze stałą prędkością, jednakową z minuty na minutę. Faza pierwsza wyższego przebiegu krzywych cukrowych zarówno we krwi jak i w moczu, zjawisko, któremu Wierzuchowski i Gadomska poświęcili sporo uwagi (Biochem. Zeit., 1927, 191, 198, 398), występuje w tej samej mierze przy wlewaniu glikozy, nasilanem rytmicznie, jak i przy wlewaniu jednostajnem. O ile jednak w fazie drugiej, w której krzywe cukrowe, biegnące wysoko w fazie pierwszej, opadają do poziomu znacznie niższego, zaznacza się rytmika w krzywej stężenia cukru we krwi i krzywej cukromoczu, rytmika, zależna od rytmiki wlewania i z nią współczesna, o tyle faza pierwsza znosi zupełnie wszelką rytmikę w cukrze we krwi i w cukromoczu, i dlatego okres pierwszej fazy przy wlewaniu rytmicznem jest prawie taki sam, jak przy wlewaniu stałem. O ile w danem doświadczeniu faza pierwsza nie pojawiała się, czy to w doświadczeniach z cukrem, który fazy pierwszej nie daje (fruktoza), albo też u zwierząt, u których faza pierwsza nawet podczas wlewania glikozy nie występuje, wtedy rytmika w krzywej cukru we krwi i cukromoczu pojawiała się od pierwszej chwili doświadczenia. W doświadczeniach, w których pobierano krew zarówno z tętnicy jak i z żyły, charakter przebiegu krzywych cukrowych był prawie dokładnie taki sam, zarówno co do występowania fazy pierwszej, jak i co do pojawiania się rytmiki. Wśród tej grupy badań natrafiono na zwierzę wyjątkowe, posiadające „dożylną tolerancję" cukru gronowego niezmiernie wysoką, gdyż wynoszącą 2 g cukru na kg godz., a nie 0,85 g, jak to się zdarza najczęściej.

Sekr. doroczny: *Jan Roguski.* Wiceprezes: *L. Paszkiewicz.*

Związek Przeciwweneryczny w Warszawie.

XII. Protokół posiedzenia Zarządu z 7 listopada 1930.
Przewodniczący: Prof. Fr. Krzyształowicz.

Obecni: Prof. Fr. Krzyształowicz, Dr. Jan Adamski, Doc. Dr. Gustaw Szulc, Dr. Jerzy Reise, Dr. Henryk Szczodrowski, Mjr. Dr. Marjan Wowkonowicz, Dr. Wiktor Borkowski.

1) Przyjęto protokół z dnia 3 października 1930 r.

2) Sekretarz zdał sprawę z delegacji do województw: wileńskiego i nowogródzkiego.

3) Przyjęto do Związku w charakterze członka Magistrat m. Stryja ze składką członkowską w wysokości 50 zł rocznie.

4) Uchwalono wydać Departamentowi Służby Zdrowia opinję przychylną w sprawie udzielania zapomóg rządowych na urządzenie poradni przeciwwenerycznych w ośrodkach zdrowia:

a) Magistratowi m. Stryja — 1000 zł (Nr. Z. H. 3890/30 i Z. H. 4121/30);

b) Wydziałowi Powiatowemu Sejmiku Dziśnieńskiego (na urządzenie poradni w Głębokiem — 1000 zł (Nr. Z. H. 944/30).

c) Towarzystwu Przeciwgruźliczemu w Olkuszu — 500 zł (Nr. Z. H. 1884/30).

W sprawie wniosków o zapomogę dla Wydziału Powiatowego w Przeworsku (Nr. Z. H. 2453/30), dla Wydziału Powiatowego w Skolem (Nr. Z. H. 2036/30) oraz dla Magistratu miasta Stanisławowa (Nr. Z. H. 3349/30), uchwalono wstrzymać się z wydaniem opinji.

Sekretarz: *Dr. W. Borkowski.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Adam Kowenicki.

Dnia 27 grudnia 1930 roku zmarł w Jaśle w 64 roku życia Dr. Adam Kowenicki, emerytowany dyrektor szpitala powszechnego w Brzeżanach.

Ś. p. Dr. Kowenicki należał do wyjątkowych postaci zarówno z powodu nieskazitelności charakteru, jak i ze względu na rzadką ofiarność i ideowość jaka Go cechowała w pracy społecznej.

Jako syn uczestnika ruchu wolnościowego w roku 1848 wyniósł ś. p. zmarły już z domu rodzicielskiego głęboki patrjotyzm i poczucie obowiązków społecznych i narodowych, całe też życie Jego było wyrazem pracy ideowej dla dobra ogółu i Ojczyzny.

Pomimo, że obowiązki dyrektora szpitala i rozległa praktyka lekarska absorbowały bardzo jego siły i czas, poświęcał się jednak ś. p. Dr. Kowenicki pracy społecznej, oddając na ten cel nie „wolne chwile", bo takich nie miał, lecz czas przeznaczony na sen i spoczynek: był więc w Brzeżanach członkiem Rady Miejskiej, Wydziału Powiat., prezesem Sokoła, prezesem T. S. L., prezesem Stowarzyszenia Przyjaźń i Stowarzyszenia Rękodzieł, dyrektorem Kasy Oszczędności i t. p.

Podczas wojny nie opuścił posterunku, lecz pozostał na miejscu w czasie inwazji rosyjskiej, przyczem za pomoc niesioną Polakom-jeńcom został skazany na karę śmierci, której cudem uniknął.

Zarówno ciężka praca lekarska i społeczna, jak też i przeżycia w czasie inwazji nadszarpnęły bardzo stan zdrowia i nerwów ś. p. zmarłego, dlatego po uwolnieniu Brzeżan podał się na emeryturę i osiadł w Jaśle, gdzie odrazu zyskał sobie ogromną wziętość jako lekarz, a uznanie i gorącą sympatję, jako człowiek.

Gdy jednak zmartwychwstała Polska poczęła tworzyć własną armję, ś. p. Dr. Kowenicki, nie zważając na swe bardzo nadwątlone zdrowie, z własnej woli pospieszył do szeregów i pełnił funkcję komendanta szpitala wojskowego w Rzeszowie w randze majora.

Po powrocie z wojska zostaje radnym i asesorem miasta Jasła, prezesem Związku Oficerów Rezerwy, oraz dyrektorem Kasy Oszczędności.

Przeciążony przyjętemi na siebie obowiązkami, coraz bardziej zapadał na zdrowiu, a od roku 1929 już nie opuszczał łóżka.

Chorobę swą i połączone z nią cierpienia ś. p. zmarły znosił z iście chrześcijańską cierpliwością i spokojem. Pozostawił po sobie żal niezatarty wśród wszystkich, którzy go znali, był bowiem pełnym poświęcenia opiekunem chorych, uczynnym i ofiarnym dla biednych, idealnym kolegą i wzorem etyki dla lekarzy, gorącym patrjotą, oddanym duszą i sercem sprawom narodu i państwa.

Cześć Jego pamięci!

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

VI. Międzynarodowy Kongres lekarzy w sprawie wypadków przy pracy i medycyny pracy. Dnia 15 listopada ub. r. odbyło się w Państw. Szkole Higjeny pod przewodnictwem P. Dr. W. Chodźki zebranie konstytucyjne Polskiego Komitetu Organizacyjnego VI Międzynarodowego Kongresu Lekarskiego w sprawie wypadków przy pracy i medycyny pracy. W skład komitetu wchodzą: z Warszawy Dr. W. Chodźko (przewodniczący), Prof. Dr. Grzywo-Dąbrowski, Dr. H. Kłuszyński, Dr. J. Luxemburg (zastępca przewodniczącego), Dr. Br. Nowakowski (sekretarz), Dr. W. Reklewski, Dr. J. Sęczyc i Docent Dr. A. Wojciechowski, z Wilna: Dr. St. Jankowski, z Katowic: Dr. J. Jarczyk. Kongres międzynarodowy odbędzie się w Genewie na początku sierpnia 1931. Tematy główne sekcji A, poświęconej

wypadkom przy pracy, zostały ustalone jak następuje: 1) Późne zmiany i przystosowanie się po uszkodzeniach kręgosłupa, referują: Prof. Dr. Magnus, Bochum, Prof. Dr. Michel, Nancy, Prof. Dr. Ackerman, Stokholm, Prof. Dr. Fauquez, Paryż, Prof. Dr. Crouzon, Paryż. 2) Uszkodzenia naczyń krwionośnych, referują: Prof. Dr. Imbert, Marseille, Prof. Dr. Diez, Rzym, Prof. Dr. Danis, Bruksela. 3) Zawodowe uszkodzenia skóry (wypadki i choroby zawodowe), referują: Prof. Dr. Prosse White, Whigan. (Anglja), Prof. Dr. Koelsch, Monachjum, Prof. Dr. Oppenheim, Wiedeń. 4) Wpływ stanu zdrowia, poprzedzającego wypadek, na jego skutki, referują: Dr. Pometta, Lucerna, Prof. Dr. Tovo, Turyn, Prof. Dr. Linger, Frankfurt n. M. Tematy główne sekcji B, poświęconej medycynie pracy: 1) Patologja zawodowa robotników w przemyśle cementowym i sztucznych kamieni, referują: Prof. Dr. Joetten, Monaster, Dr. Glibert, Belgja, Dr. Thompson, Waszyngton, Prof. Dr. Agassepson, Paryż, Dr. Van Bemmel, Broda (Holandja). 2) Wrażliwość ustroju na trucizny zawodowe, referują: Prof. dr. Teleky, Duesseldorf, Prof. Dr. Devoto, Medjolan, Dr. Mauro, Medjolan, Dr. Gelman, Moskwa, Dr. Loewy, Praga. 3) Zmęczenie, referują: Prof. Dr. Atzler, Dortmund — pracę mięśniową, Prof. Dr. Henderson i Dr. Dill, Boston — biochemja zmęczenia, Dr. Vernon, Londyn — środowisko pracy, Dr. Teruoka, Japonja — czynnik ludzki. Z kongresem połączona będzie wystawa zdjęć rentgenowskich, fotografji, mulaży. Co do udziału w tej sprawie należy się skomunikować bezpośrednio z Dr. Jentzer, Genewa, 8 rue de l'Université. Z Polski zgłoszono dotąd następujące komunikaty: 1) Dr. Antoni Goldman, Warszawa, Stosunek urazu do nowotworów. 2) Dr. Henryk Kłuszyński, Warszawa. Badanie młodocianych a ubezpieczenie społeczne. 3) Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa. Sezonowość objawów ołowicy zawodowej. Poza tem Dr. Henryk Mierzecki, Lwów, zapowiedział komunikat z zakresu chorób zawodowych o temacie jeszcze nieustalonym. Językami oficjalnemi są: francuski, angielski, włoski i niemiecki. Zarówno do wymienionych tematów głównych, jak również na tematy inne, wchodzące w zakres zapobiegania, leczenia i ubezpieczenia wypadków przy pracy i chorób, zawodowych mogą być zgłoszone 10-cio minutowe komunikaty. Termin zgłoszenia przed końcem grudnia 1930 r. Streszczenia, nieprzekraczające 4 stron ósemki winny być nadesłane przed końcem kwietnia r. 1931. Polski Komitet Organizacyjny zwraca się z gorącym apelem o zgłaszanie komunikatów oraz liczny udział w Kongresie. Zgłoszenia należy skierować do Sekretarjatu Komitetu, Dr. Brunon Nowakowski, Warszawa, Chocimska 24, który udziela wszelkich informacyj. Komitet Polski postanowił jednomyślnie przekształcić się na organizację stałą. W dyskusji wskazano na poważne braki w organizowaniu pierwszej pomocy na terenie zakładów pracy, udzielania racjonalnej pomocy ofiarom wypadków, leczenia i opieki lekarskiej dla inwalidów pracy i kalek, brak katedr medycyny pracy, niedostateczność środków badawczych, braki w organizacji lekarskiej, szczególnie długoterminowych ubezpieczeń społecznych. Zadaniem stałego Komitetu będzie skupić rozproszone dotąd siły, pobudzić prace badawcze, wpływać na czynniki właściwe w kierunku rozbudowy ośrodków badawczych i leczniczych, na zewnątrz zaś przygotowanie udziału Polski w kongresach międzynarodowych. Zarząd Komitetu został upoważniony do kooptowania dwuch dalszych członków zarządu i zaproszenia do współudziału w Komitecie lekarzy czynnych na polu medycyny pracy, lecznictwa i orzecznictwa w zakresie wypadków i chorób zawodowych. Przewodniczący Zarzadu: (—) Dr. *W. Chodźko*. Sekretarz: (—) Dr. *B. Nowakowski.*

Posiedzenie naukowo-wyborcze Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 27 stycznia 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. Część I. J. Modrakowski. Sztuczna kwasica oraz alkaloza jako czynniki lecznicze. Część II. 1) Wybory Sekretarza Stałego. 2) Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1931: Prezesa, Wiceprezesa, Sekretarza Dorocznego i Zastępcy Sekretarza Dorocznego. 3) Wybory członka Zarządu na miejsce ustępującego, zgodnie z regulaminem kol. W. Kowalskiego. 4) Wybory jednego członka Komitetu Rewizyjnego. 5) Wybory członków Komitetu Kasy Wsparcia (obecnie z grona T-wa A. Gruszczyński, K. Łazarowicz, W. Szumlański, nienależących do T-wa: A. Krzyczkowski i G. G. Chodakowski). 6) Wybory członków czynnych (podług listy imiennej).

Polskie Towarzystwo dla zwalczania gośćca. Dnia 12 grudnia 1930 r. odbyło się posiedzenie Zarządu Polskiego Towarzystwa dla zwalczania gośćca. Obecni: Prof. Dr. Orłowski, Prof. Dr. Rencki, Dr. Kłuszyński, Dr. Bujalski, Dr. Kunicki, Dr. Babecki, Dr. Raszeja, Dr. Nowakowski, Dr. Burchchardt. Przewodniczył Prof. Dr. Orłowski, sekretarzował Dr. Nowakowski. Po przyjęciu protokułu z poprzedniego posiedzenia Zarządu Dr. Nowakowski złożył sprawozdanie z dotychczasowej działalności Zarządu. Nastąpiła organizacja biura, skierowano cały wysiłek w kierunku pozyskania członków i podstaw materjalnych. W tym celu rozesłano stosowne pisma do Min. Spraw Wewn., Min. Pr. i Op. Społ., Min. Spraw Wojsk., Min. Komunikacji. Wszystkie Ministerstwa zajęły stanowiska przychylne wobec zamierzeń Towarzystwa. Konkretnie przedstawia się pomoc ze strony instytucyj ubezpieczeniowych. Okr. Zw. Kas chorych w Krakowie zadeklarował 1/4 grosza rocznie od ubezpieczonego, na tych samych warunkach przystąpiły do Towarzystwa: Kasa chorych m. Poznania, Bydgoszczy, Sosnowca, Grodna, Okr. Zw. K. Ch. we Lwowie, w Warszawie, Zakład Ubezp. Prac. Umysł. we Lwowie, Ubezpieczalnia Krajowa w Poznaniu, Związek Zakładów Prac. Umysł. Zarząd Zdrojowy w Inowrocławiu, Ciechocinku i t. d. Zarząd przyjął, że składka dla ciał zbiorowych wynosi conajmniej 100 zł dla Zdrojowisk 500—1000 zł dla instytucyj ubezpieczeń 1/4 grosza od ubezpieczonego rocznie. Dr. Kłuszyński zapoznał zebranych z uchwałami ostatniego zebrania we wrześniu 1930 r. Zarządu Ligi Międzynarodowej do Zwalczania Reumatyzmu. Następnie Zarząd przeprowadził dyskusję nad uchwałami Zjazdu Inowrocławskiego. Zarząd zaakceptował przedłożony projekt mianownictwa cierpień gośćcowych. Prezydjum zwróci się w tej sprawie w najbliższym czasie do zainteresowanych Ministerstw, z prośbą o polecenie stosowania tego mianownictwa w podległych im instytucjach. Prezydjum postara się o opracowanie instrukcji wyjaśniającej stosowania tego mianownictwa. Zarząd zaakceptował również wzór kwestjonarjusza dla ankiet dotyczących cierpień gośćcowych, opracowany przez Prof. Renckiego z uzupełnieniem rozpoznania według przyjętego schematu mianownictwa. Zarząd również uchwalił poczynić przygotowawcze kroki dla stworzenia zakładów badawczo-leczniczych w zdrojowiskach i zakładach leczniczych instytucyj ubezpieczeniowych. Zarząd opracuje plan organizacji i pracy ośrodków badawczych. Przyjęto również wniosek, dotyczący badania do wskazań, ustalonych przez Ligę Międzynarodową. Sprawę uwzględnienia schorzeń gośćcowych na kursach dokształcających postanowiono zakomunikować wydziałom lekarskim uniwersytetów. Sprawę urządzenia lotnych wykładów w miejskich ośrodkach uznano za trudniejszą do realizacji. Uchwalono, że Zarząd Towarzystwa zwróci się do krajowych zdrojowisk, wskazując na konieczność usunięcia choćby najbardziej rażących braków w dotychczasowej organizacji lecznictwa cierpień gośćcowych, jak brak sal wypoczynkowych w kąpieliskach, wyznaczenie niewłaściwych godzin do kąpieli, brak pracowni itd. Uchwalono przystąpić do Ligi Międzynarodowej, zapraszając równocześnie Ligę, by jeden z następnych kongresów międzynarodowych odbył w jednym z miast uniwersyteckich polskich. Na wniosek Dr. Kłuszyńskiego uchwalono zwrócić się do Ubezpieczalni Krajowej w Poznaniu, z prośbą o wyjaśnienie na zasadzie posiadanego materjału statystycznego, jakie jest obciążenie rentami z powodu gruźlicy, w porównaniu z rentami, spowodowanemi przez gościec. Na tem posiedzenie zamknięto. Przewodniczący Prof. Orłowski dziękując szczególnie członkom zamiejscowym za przybycie i udział w pracach Towarzystwa, wzywa obecnych do dalszej, żywej propagandy na rzecz Towarzystwa i jego działalności.

Ze szpitala św. Łazarza w Warszawie. W szpitalu św. Łazarza powstało „Koło dermatologów i lekarzy innych działów". Koło zostało zorganizowane na podstawach koleżeńskiej samopomocy naukowej jako dobrowolne zrzeszenie lekarskie szpitalne, rządzone wewnętrznym regulaminem szpitalnym, celem pogłębienia pracy naukowej i wiedzy praktycznej wśród kolegów szpitalnych. Członkiem zwyczajnym Koła może być każdy lekarz, zajmujący stanowisko oficjalne w szpitalu, członkami nadzwyczajnemi mogą być wolontarjusze i hospitanci, a także ci z byłych lekarzy szpitala i jego przychodni, którzy wyrażą pisemne życzenie należenia do Koła i zostaną przyjęci przez Zarząd. Gościem Koła może być każdy lekarz, wprowadzony przez członka zwyczajnego. Co 2 tygodnie (w soboty w godzinach rannych) będą się odbywały posiedzenia kliniczne Koła. Sprawozdania z posiedzeń (w streszczeniu) będą się ukazywały w „Medycynie". Koło będzie jednak dążyło do tego, aby możliwie w jak najszybszym czasie wydawać własne pamiętniki. Koło będzie jak najenergiczniej popierało działalność naukową lekarzy szpitalnych, ułatwiając między innemi kolegom wydawnictwa ich prac oraz wyznaczając nagrody konkursowe za najlepsze prace, ogłoszone drukiem przez asystentów i wolontarjuszów szpitala. Poza tem Koło będzie dbało o stan bibljoteki i czytelni, o stworzenie muzeum odlewów i t. d. Na pierwszem zebraniu organizacyjnem Koła, odbytem pod przewodnictwem Lekarza Naczelnego szpitala Dr. Szczodrowskiego do Zarządu powołano kolegów Bernhardta, Brunera i Szczodrowskiego, a na sekre-

tarza wybrano kol. Kwazebarta, na zastępcę sekret. kol. Sieńkę, na bibljotekarza kol. Burawskiego, na zastępcę bibljotekarza kol. Orgańską. Wszyscy koledzy (z Warszawy i prowincji), którzy pracowali kiedyś w szpitalu św. Łazarza i chcą utrzymać nadal łączność z ruchem naukowym szpitala, proszeni są o zgłoszenie swych kandydatur na członków nadzwyczajnych Koła pod adresem członków Zarządu lub sekretarza generalnego Koła. *Nagroda dla asystentów szpitala św. Łazarza w Warszawie.* Ordynatorzy oraz Kierownicy pracowni i przychodni szpitala św. Łazarza w Warszawie wraz z naczelnym lekarzem utworzyli z własnych funduszów w bieżącym roku budżetowym 2 nagrody konkursowe (I — 800 zł, II — 400 zł) za najlepsze prace, ogłoszone drukiem w jednym z polskich czasopism przez asystentów etatowych wspomnianego szpitala, względnie przez byłych asystentów, którzy są po ukończeniu stage'u asystenckiego nie dłużej jak trzy lata. Prace winny być zgłoszone na ręce Naczelnego Lekarza do dn. 15 marca 1931 r. i będą oceniane przez specjalną komisję, przewidzianą przez regulamin celem przyznania nagrody. W następnych latach nagrody te będą przyznawane przez „Koło dermatologów i lekarzy innych działów szpitala św. Łazarza".

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 20 stycznia 1931 r. o godz. 8-mej wiecz. 1) S. Cytronberg. Badania doświadczalne nad czynnością wydzielniczą i chłonną jelita cienkiego. Doniesienie IV. Przebieg wchłaniania cukru gronowego i owocowego. 2) M. Czyżewski. Lepkość krwi w chirurgji ze szczególnem uwzględnieniem stanów pooperacyjnych.

Grupa lekarzy, referujących polskie prace naukowo-lekarskie w międzynarodowym esperanckim piśmie lekarskim: „Internacia Medicina Revuo", uprasza autorów oryginalnych artykułów polskich o przysyłanie, celem ułatwienia referowania, krótkich autoreferatów do jednego z następujących Kolegów: Prof. Dr. H. Lubieniecki Poznań — Górna Wilda 89, Dr. M. Blasberg — Kraków — Starowiślna 18. Dr. I. Fels — Lwów — Słoneczna 1, Dr. Leon Zamenhof — Warszawa — Marszałkowska 125, Dr. W. Robin — Warszawa — Marszałkowska 113, Dr. Mędrkiewicz — Łódź — Piotrkowska 200. Dr. R. Sołoniewicz — Żychlin — Woj. Warszawskie. Celem informacji zaznaczamy, że język Esperanto, jako niesłychanie łatwy, znakomicie nadaje się do międzynarodowego porozumiewania się. Mięsiecznik: „Internacia Medicina Revuo" wydawany jest w Belgji i kosztuje jednego dolara rocznie (zamawiać można przez Dra St. Wysokińskiego — Warszawa — Marszałkowska 81 a. Konto P. K. O. 163.56).

Z Państwowej Szkoły Higjeny. Termin kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów, który miał się rozpocząć dn. 1 lutego r. b. przesunięty został na czas od 9 lutego do 7 marca 1931 r.

Kraków.

Z Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego: We środę dnia 21 stycznia odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4 zwyczajne posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego wspólnie z krakowskiem Kołem Internistów na którem wygłosił odczyt Doc. Dr. F. Siedlecki p. t. „Zagadnienia patogenezy niedokrwistości złośliwej w związku z postępem leczenia".

Uzupełniający kurs lekarski w Krakowie. Uzupełniający kurs lekarski, który miał się odbyć w Krakowie w czasie od 9 do 19 grudnia został odwołany i przeniesiony z tym samym programem i rozkładem godzin na czas od 18 marca do 28 marca 1931 r. W łączności z tym kursem odbędzie się nadto w czasie od 30 III. do 2 IV. 1931 włącznie kurs, urządzany z inicjatywy Okr. Związku Kas Chorych w Krakowie p. t. Organizm a praca. Zgłoszenia na kurs najpóźniej do 15 marca włącznie przyjmuje i udziela wszelkich wyjaśnień Dr. Edward Mróz. Klinika Pedjatryczna U. J. Kraków. Strzelecka 2.

Lwów.

Komunikat. Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie zorganizował Ruchomą Wystawę przeciwgruźliczą i przeciwweneryczną przeznaczoną dla akcji propagandowej wśród szerokich mas społeczeństwa, szczególnie w Województwach wschodnich — kresowych. Przed rozpoczęciem objazdu Okręgowy Związek Kas Chorych we Lwowie zademonstruje Wystawę we Lwowie (ul. Boularda 5), przez okres czasu około 2 tygodni. Pożądanem jest, by jak najszersze sfery zainteresowały się tą akcją i zwiedziły Wystawę. Bliższe szczegóły w afiszach.

Towarzystwo lekarskie lwowskie. Na Walnem Zebraniu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbytem w dniu 16 stycznia 1931 r. wybrano nowy Zarząd w następującym składzie: Przewodniczący: kol. Marischler Juljusz; Zastępca przewodniczącego: kol. Ruff Stanisław; Sekretarz doroczny: kol. Falkiewicz Antoni; Bibljotekarz II.: kol. Schusterówna Helena; Przewodniczący Komitetu budowy domu: kol. Rencki Roman; Przewodniczący Komisji przemysłowo-lekarskiej: kol. Ruebenbauer Henryk; Redaktorzy Polskiej Gazety Lekarskiej: kol. Kuhn Adolf i Nowicki Witold; Komisja redakcyjna: kol. Bednarski Adam, Bocheński Kazimierz, Dobrzański Antoni, Franke Marjan, Gröer Franciszek, Gruca Adam, Koskowski Włodzimierz, Lenartowicz Jan, Pisek Wilhelm, Rothfeld Jakób, Sochański Henryk, Ziembicki Witold; Rada Zawiadowcza Tow. lekarzy b. Galicji: kol. Rencki Roman i Świtalski Mieczysław; Delegaci na Walne Zgrom. Tow. lekarzy b. Galicji: kol. Bocheński Kazimierz, Grek Jan, Kuhn Adolf, Lipski Kazimierz, Marischler Juljusz, Mączewski Stanisław, Ostrowski Tadeusz, Pohorecki Andrzej, Ruff Stanisław, Sabatowski Antoni, Sołowij Adam, Zabłocki Stanisław, Ziembicki Witold; Zastępcy: kol. Bühn Stanisław, Falkiewiczowa Stanisława, Falkiewicz Tadeusz, Ostrowski Stanisław, prym., Sochański Henryk, Tennenbaum Salomon, Tyszka Kazimierz; Komisja rewizyjna: kol. Salpeter Michał i kol. Zgórski Kazimierz.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie odbyło posiedzenie naukowe dnia 13. I. b. r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Seidler przedstawił dwie chore: a) z rakiem szyi macicy i mięśniakami, która była naświetlana a następnie operowana i b) z rakiem szyi macicy, którą następnie naświetlano, a u której blizna spowodowała zaciśnięcie moczowodu. 2) Kol. Bocheński przedstawił chorą, u której z powodu raka sromu operacyjnie wycięto srom i wyłuszczono gruczoły pachwinowe a następnie naświetlano. 3) Kol. Mossor przedstawił chorą ze zgorzelą palców dużych kończyn dolnych po gynergenie. 4) Kol. Ross przedstawił i omówił a) przypadek połowicznego porażenia płodu po porodzie w położeniu miednicowem i b) chorą z mięśniakiem wargi sromowej większej. 5) Kol. Mączewski przedstawił chorą z dużą przetoką pęcherzowo-pochwową i całkowitem pęknięciem krocza po porodzie kleszczowym. 6) Kol. Lenczowski przedstawił chorą po wycięciu jelita cienkiego długości 120 cm z powodu znacznego obrażenia tegoż na tej przestrzeni, spowodowanego szczypczykami Wintera po przebiciu macicy w czasie skrobanki. 7) Kol. Witkowska wygłosiła odczyt p. t.: „Próba stosowania pernektonu w położnictwie.

V-ty Polski Zjazd Stomatologiczny. W dniach od 28 czerwca do 1 lipca 1931 r. odbędzie się we Lwowie V-ty Polski Zjazd Stomatologiczny. Wybór miejsca i czasu Zjazdu ma swoje źródło w uchwale Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, powziętej w Wilnie we wrześniu 1929 r. w czasie IV-go Zjazdu. Zjazd lwowski ma kontynuować chlubną tradycję Polskich Zjazdów Stomatologicznych zapoczątkowaną Pierwszym Polskim Naukowym Zjazdem Dentystycznym we Lwowie, w lipcu 1923 roku. Po tym pierwszym zjeździe, który stanowił kamień graniczny w rozwoju nauki stomatologicznej w Państwie Polskiem i połączony był z uroczystością 10-lecia istnienia Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza, nastąpił Zjazd II-gi w r. 1925 w Warszawie, (jako sekcja XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich), Zjazd III-ci w Krakowie w roku 1928 i Zjazd IV-ty w Wilnie (jako Sekcja XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich). — Zjazd V-ty, do którego akcja przygotowawcza z ramienia Komitetu Organizacyjnego jest w pełnym toku, będzie miał tem większe znaczenie, że będzie połączony z dwiema uroczystościami, mającemi znaczenie w życiu polskiego świata stomatologicznego. Pierwsza z nich to 25-letni jubileusz pracy naukowej członka honorowego Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej Prof. Antoniego Cieszyńskiego, który od chwili ukazania się pierwszej swej pracy naukowej w roku 1906, przez lat 25 niestrudzenie z niezrównaną energją i płodnością pracuje nad rozwojem nauki stomatologicznej, obdarzył świat fachowy całym szeregiem cennych, wręcz klasycznych, podstawowych prac z dziedziny stomatologji; z nich zarówno starsza jak i młodsza generacja stomatologiczna czerpiąc pełnemi rękami, zaspakaja swą żądzę wiedzy w tym niewyczerpanym zasobie wiadomości naukowych i doświadczenia klinicznego. Słuszna więc, by zasługi te należycie ocenione i nagrodzone zostały, by V-ty Polski Zjazd był równocześnie etapem w rozwoju naukowym działalności Prof. Cieszyńskiego i by mu należny za jego niestrudzoną pracę hołd złożył.

Drugą imprezą w ramach V-go Polskiego Zjazdu Stomatologicznego odbyć się mającą będzie 20-lecie istnienia Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej. Będzie ona sposobnością

do zrobienia rewji pracy w okresie ubiegłym, do oceny krytycznej naszych zwycięstw i naszych klęsk, do subsumowania bilansu strat i zysków na terenie stomatologicznym. Da ona sposobność oceny czy stomatologiczny stan posiadania rozszerzył się, czy też skurczył, da ona nietylko pogląd na to, co było ,lecz także będzie sposobnością do spojrzenia w przyszłość, do spoglądnięcia na drogę po której w mozolnym pochodzie stomatologja polska naprzód kroczyć będzie. Obie uroczystości odbędą się w niedzielę dnia 28-go czerwca 1931, łącznie z otwarciem Zjazdu. — Zjazd sam da uczestnikom co tylko będzie można najlepszego pod względem naukowym, zarówno teoretycznie i praktycznie. Prócz wykładów luźnych, o których zgłaszania najpóźniej do dnia 15 grudnia 1930 r., wszyscy Koledzy są niniejszem proszeni, przewidziane są również następujące tematy główne: Stomatologja Społeczna; a) Kasy chorych; b) Szkolne Poradnie Stomatologiczne; c) Statystyka, organizacja, tayloryzacja pracy stomatologicznej w ordynacjach prywatnych i instytutach społecznych. Te tematy główne wypełnią drugi, trzeci i czwarty dzień Zjazdu w porze przepołudniowej, popołudniowa część przeznaczona będzie na wykłady luźne. — Pozatem przewidziane są pokazy praktyczne z zakresu chirurgji stomatologicznej, dentystyki zachowawczej i protetyki. Pokazy te urządzone będą w grupach po kilkanaście osób i odbywać się będą we wczesnych godzinach rannych, celem umożliwienia Kolegom zapoznania się z demonstrowanemi metodami pracy bez uszczerbku dla możności wysłuchania wykładów, które się rozpoczną po ukończeniu pokazów. Szczegółowy program ukaże się w Komunikacie następnym, narazie tylko możemy powiedzieć, że przewidziane są pokazy z zakresu zastrzyków znieczulających, wypełnień korzeni, resekcji wierzchołków korzeni, replantacji, ceramiki, koron żakietowych i innych.

Z okazji Zjazdu ukaże się Pamiętnik Zjazdowy zawierający streszczenia wszystkich prac Prof. Cieszyńskiego z ostatnich 25 lat, tudzież prace autorów polskich i wybitniejszych stomatologów zagranicznych. Pamiętnik ten będą mogli uczestnicy Zjazdu nabywać po cenie ulgowej; będzie on stanowił trwałą, okazałą pamiątkę Zjazdu, będzie dziełem, z którego dla teorji i dla praktyki Koledzy czerpać będą mogli.

Komitet Organizacyjny poczynił starania by Kolegom pobyt w czasie Zjazdu we Lwowie uczynić jak najprzyjemniejszym i jak najwygodniejszym, a przytem jak najtańszym. W tym celu postarał się o zapewnienie kwater i utrzymania w pierwszorzędnych hotelach lwowskich po cenach ulgowych, znacznie niższych od cen normalnych. W ten sposób Koledzy uiszczając ryczałt zjazdowy, którego wysokość jeszcze nie jest definitywnie ustalona, lecz który prawdopodobnie nie będzie przekraczał dwustu złotych, będą mieli zapewniony udział w Zjeździe tudzież pokrycie wszystkich z tem związanych wydatków jak również zapłacone mieszkanie i utrzymanie w pierwszorzędnych hotelach. — By umożliwić Kolegom rozrywki w chwilach wolnych od zajęć naukowych, przewiduje Komitet Organizacyjny w programie rozrywkowym: raut, bankiet, przedstawienia w teatrach, zwiedzanie miasta, tudzież wycieczki do Podhorzec, do Zagłębia Naftowego, w Karpaty i w Tatry. — Zasadnicza opłata członkowska wynosi 20 zł. dla uczestników Zjazdu, a 15 zł dla osób towarzyszących, 10 zł dla studentów. — Komitet Organizacyjny zaprasza niniejszem wszystkich Kolegów w całem Państwie Polskiem do wzięcia jak najliczniejszego udziału w Zjeździe i prosi o możliwie jak najrychlejsze zgłaszanie i wpłacanie wkładki zasadniczej. Będzie ona stanowiła zaliczkę na ryczałt zjazdowy i umożliwi Komitetowi Organizacyjnemu zakończenie pomyślne prac przygotowawczych. — Zgłoszenia i wkładki przyjmuje, tudzież wszelkich informacyj udziela jak najchętniej Biuro Zjazdu, Lwów, ul. Zielona 5 a, I. p.

Uwaga: Do wiadomości Kolegów należących do Rady Centralnej i do P. K. N. F. D. I. Na zebrania P. K. N. F. D. I. i Rady Centralnej przeznaczona jest sobota, dnia 27 czerwca 1931 r.

XI. Zjazd Psychjatrów Polskich. W dniach 23, 24 i 25 maja 1931 r. odbędzie się we Lwowie XI. Zjazd Psychjatrów Polskich. — Tymczasowy program Zjazdu jest następujący: I dzień: Temat główny: Kiła w etjologji schorzeń psychicznych: 1) prof. Weigl (Lwów): Bjologja krętka bladego; 2) prof. Lenartowicz (Lwów): Kiła eksperymentalna; 3) prof. Nowicki (Lwów): Anatomja patologiczna kiły; 4) dr. Messing (Warszawa): Histopatologja kiły układu nerwowego; 5) prof. Kryształowicz (Warszawa): Kiła wrodzona; 6) dr. Meissner (Kobierzyn): Patogeneza zaburzeń psychicznych; 7) doc. Artwiński (Kraków): Leczenie kiły. 2 dzień przed południem: Higjena psychiczna. — Porządek dzienny nie jest dotychczas ustalony; dotychczas zgłoszono następujące odczyty: 1) prof. Gröer (Lwów): Temat zastrzeżony; 2) prof. Borowiecki (Poznań): Nerwice, jako choroby społeczne; 3) dyr. Łuniewski (Tworki): Zagadnienia społeczne wypływające z wyników współczesnego leczenia paralityków; 4) ks. Rękas (Kulparków): Sterylizacja umysłowo chorych w świetle nauk etyki i socjologji. — Po południu: Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. — 3 dzień: Luźne odczyty.

Uwagi: a) uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego (J. Handelsman, Proszków, Tworki) możliwie wcześnie w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu. — b) W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie się z miejscowym Komitetem: Dyr. Sochacki, Kulparków pod Lwowem.

Poznań.

W piątek, dnia 23 stycznia 1931 r. o godz. 20,15 odbyło się w Zakładzie Anatomji Patologicznej (Kozia 9) II. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. łącznie z Towarzystwem Patologów Polskich, Oddział Poznański, z następującym porządkiem obrad: 1. Komunikaty Zarządu i wybór nowych członków. 2. Pokazy. 3. Dr. Alkiewicz: Onychogryphosis partialis. 4. Dr. Stojałowski: O uchyłkach nabytych pęcherza moczowego. 5. Dr. Barlik: Trzy przypadki pierwotnego raka wątroby z uwzględnieniem pochodzenia i sposobu rozwoju tychże zmian. 6. Prof. Dr. Panek: Z badań doświadczalnych nad gruźlicą.

Łódź.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego zostali w dn. 7. I. 1931 wybrani na rok 1931: Prezes: Dr. Sew. Sterling, Wiceprezesi: Dr. B. Frenkiel i Dr. K. Ruegier, Skarbnik: Dr. T. Mogilnicki, Bibljotekarz: Dr. Z. Prechner i M. Kocen, Sekretarze: Dr. B. Czaplicki i Dr. A. Tenenbaum.

Tymczasowy Kalendarz Zjazdów Lekarskich w roku 1931.

Marzec — 10 Międzynarodowa wycieczka lekarska do francuskiej Afryki północnej od 19 marca 1931.

11 Międzynarodowa wycieczka lekarska do hiszpańskiej Afryki (Maroko) od 19 marca 1931.

Kwiecień — XXVI. Zjazd chirurgów polskich w Warszawie, 13, 14 i 15 kwietnia 1931.

12. Międzynarodowa wycieczka lekarska do Ameryki północnej od 31 kwietnia 1931.

Maj — VI. Międzynarodowy Zjazd talassoterapji w Berck (Francja) po zielonych świętach 1931.

Zjazd w sprawach kamicy żółciowej w Vittel 24—25 maja 1931.

Czerwiec — VI. Ogólnopolski Zjazd przeciwgruźliczy w Zakopanem w czerwcu 1931.

V. Polski Zjazd stomatologiczny we Lwowie 26—29 czerwca 1931 roku.

VI. Kongres międzynarodowy medycyny i farmacji wojskowej w Hadze, w czerwcu 1931.

IV. Zjazd ginekologów polskich w Krakowie 28—30 czerwca 1931 roku.

II. Międzynarodowy Kongres szpitalnictwa we Wiedniu 8—14 czerwca 1931.

Lipiec — Międzynarodowy Kongres radjologiczny w Paryżu, 27—31 lipca 1931.

I. Międzynarodowy Kongres radjologiczno-dentystyczny w Paryżu, 27—31 lipca 1931.

Sierpień — VI. Międzynarodowy Kongres lekarski w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych w Genewie w sierpniu 1931.

I. Międzynarodowy Kongres neurologiczny w Bernie szwajc. od 31 sierpnia do 4 września 1931.

VIII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny, zorganizowany przez F. D. I. w Paryżu 3—8 sierpnia 1931.

Wrzesień — Międzynarodowy Zjazd stomatologiczny A. S. I. w Budapeszcie we wrześniu 1931.

Międzynarodowy Zjazd historyków medycyny w Rzymie we wrześniu 1931.

Zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie we wrześniu 1931.

IX. Zjazd internistów polskich w Krakowie, 24—27 września 1931 roku.

Redakcja otrzymała:

Les echos de la médecine, nr. 1. 1931.

Pasteur Vallery-Radot et Lucien Rouquès, „Les phénomènes de choc dans l'urticaire". Etude clinique et thérapeutique. Masson et Cie Paris 1931.

R. Leroy et G. Médakovitsch, „Paralysie générale et malariathérapie". G. Doin et Cie Paris.

Lucien Hudelo, „Prurits et pruriges". G. Doin et Cie Paris.